

Medical Lib

APR 4 1922

VI<sup>e</sup> Série. — Tome III.

N<sup>o</sup> 2. — Février 1922.

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

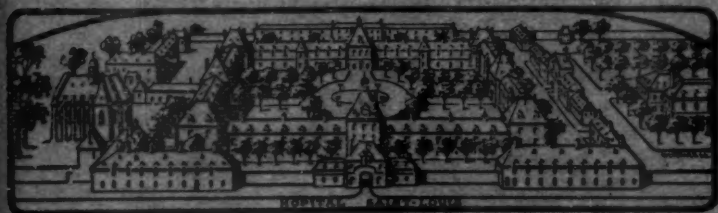
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Médecin et Ch.  
17, rue Ballu, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1922 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du  
Bulletin de la Société de Dermatologie

## DERMATOSES ET ALOPÉCIES CEDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Cade

(Diphénols et Ethers de diphénols de l'huile de Cade. Huiles essentielles de Cédier  
et de Cèdre)

Pommades, glycérates, collodions, solutions : éthéré, acétonique,  
chloroformique au Cédrocadinol.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

### MÉDICATION HYDRARGYRIQUE

#### NOVARGYRE

Ampoules contenant

Oxycyanure d'Hydrargyre 0<sup>gr</sup> 01 par cc.  
Stovaine..... 0<sup>gr</sup> 01 par cc.

pour INJECTIONS INDOLORES  
INTRAMUSCULAIRES et SUB-CUTANÉES

#### CYANARGYRE

Ampoules contenant

Cyanure d'Hydrargyre.... 0<sup>gr</sup> 01 par cc.

pour INJECTIONS INDOLORES  
INTRAVEINEUSES

**PURETÉ, STÉRILISATION et DOSAGE RIGoureux**

Nos boîtes d'ampoules destinées aux malades ne contiennent pas de notices.

Laboratoire André GUILLAUMIN, D<sup>r</sup> en Ph<sup>e</sup>, 13, Rue du Cherche-Midi, PARIS

## PHOSPHOGENÉ DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Essentiellement, Fabrique de  
Spécialités diverses, Annonces. — Un cachet à déjeuner et à dîner. — 130, Boulevard Haussmann, Paris.

## VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement assimilable par les Malades.  
DE 1 A 6 CACHETS À CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

on the

to

adler

ec.

es

es.

is

T

se de

corin.

T

A

181.





## TRAVAUX ORIGINAUX

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LICHÉNIFICATIONS ANORMALES LA LICHÉNIFICATION CIRCONSCRITE NODULAIRE, CHRONIQUE

Par L. M. PAUTRIER

Professeur de clinique des maladies cutanées à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

L'histoire clinique des lichénifications cutanées a évolué jusqu'ici suivant trois périodes bien distinctes.

La première est celle des vieux dermatologistes français et anglais, pour lesquels le mot « lichen » était loin d'avoir la signification précise que nous lui attribuons aujourd'hui et qui classaient sous cette épithète un groupe énorme de dermatoses caractérisées essentiellement par des papules, du prurit et parfois un épaississement et une rugosité de la peau. Ce groupe que l'analyse serrée des aspects objectifs et des lésions élémentaires n'avait pas établi sur une base solide, nous paraît aujourd'hui un véritable *caput mortuum*, où nous reconnaissons tour à tour non seulement le lichen plan et la lichénification actuelle, mais encore des affections disparates comme le prurigo simplex, l'urticaire, le prurigo de Hebra, la kératose pileaire, etc.

La réaction était inévitable et comme presque toujours elle fut trop brutale et excessive. Elle fut l'œuvre de Hebra et Kaposi et occupa toute la seconde période. A la suite des travaux de l'école de Vienne, qui furent acceptés par la grande majorité des dermatologistes, le terme de lichen fut réservé uniquement au lichen ruber planus et à ses différentes variétés objectives. Le groupe des anciens lichens n'existait plus comme groupe morbide distinct. Amputé successivement du lichen planus, des dermatoses autonomes que nous avons énumérées plus haut, il restait pour-

tant ces états caractérisés par l'augmentation d'épaisseur de la peau, l'exagération de ses plis, la sécheresse de sa surface et des papules lichénoïdes, si bien décrits par Cazenave et par Bazin. Mais pour l'école Viennoise il ne s'agissait là que d'une simple variété de l'eczéma.

La troisième période, qui s'ouvre en 1886 par un mémoire de Vidal, qui s'élève contre l'absolutisme des théories de l'école de Vienne et tente de faire revivre l'ancien lichen sur les nouvelles bases du « lichen simplex », est occupée presque tout entière par les travaux de Brocq et Jacquet, repris et poursuivis pendant une vingtaine d'années par Brocq, dans une série de travaux et de mémoires. Elle aboutit à la théorie de la lichénification à laquelle le nom de Brocq restera attaché. Elle met enfin au clair cette question si difficile et si ardue, en montrant dans l'aspect objectif dont Brocq reprend et précise la définition, un simple syndrome pouvant se produire d'emblée sur peau saine ou pouvant se développer sur une dermatose préexistante et c'était là la cause d'erreur de presque tous les travaux antérieurs. Pour qui a bien compris la théorie de la lichénification nombre de faits obscurs et jusque-là inexplicables deviennent parfaitement clairs et intelligibles; malheureusement de nombreux dermatologistes étrangers ne se sont pas encore suffisamment assimilés cette théorie si séduisante et si simple. Par contre, en France, elle est aujourd'hui admise à peu près par tous.

Mais est-ce à dire que le syndrome classique de la lichénification circonscrite tel qu'il a été défini par Brocq avec une précision admirable, dans des termes auxquels il n'y a rien à ajouter ni à retrancher, comprenne la totalité des aspects objectifs que peuvent prendre les téguments traumatisés par un grattage prolongé? Nul n'en est moins persuadé que M. Brocq lui-même et à plusieurs reprises, soit seul, soit dans des travaux où j'ai pu collaborer avec lui, il a et nous avons essayé de démontrer qu'à côté des lichénifications classiques il y a place pour plusieurs types de lichénification anormale. Au congrès de Buda-Pest, en 1909, nous leur consacrons, entre autres, un rapport d'ensemble.

Ainsi une nouvelle période s'ouvre pour le processus de la lichénification, dont le domaine est certainement appelé à s'étendre et à englober un certain nombre de types objectifs qui occupent encore une position ambiguë ou franchement erronée dans les classifications dermatologiques.

De nouveaux documents nous permettent aujourd'hui de reprendre l'étude clinique et histologique complète d'un de ces types : le lichen obtusus corné et d'aboutir, à son sujet, à des conclusions que nous croyons pouvoir être tout à fait fermes.

..

Il importe d'abord de définir aussi nettement que possible le type objectif que nous nous proposons d'étudier.

L'affection siège le plus souvent sur les membres supérieurs et inférieurs, et en général ceux-ci sont seuls atteints. Dans un cas récent nous avons pu cependant la voir généralisée à la presque totalité des téguments : membres supérieurs et inférieurs, mains et pieds sur leurs faces dorsales, palmaires et plantaires, fesses, dos, tronc, et même, cas exceptionnel, début au visage, le cuir chevelu seul était indemne.



Fig. 1. — Mme Arb... Lichénification circonscrite nodulaire, chronique, gros éléments globuleux des fesses et des cuisses.

Il est rare que l'on ait l'occasion d'assister au début des lésions ; leur diagnostic n'est en général confirmé que lorsqu'elles ont pris l'aspect spécial sur lequel nous allons revenir dans un instant. Brocq écrit que, dans un cas qu'il avait étudié, les papules

portaient dès leur début des squames sèches à leur sommet et rappelaient l'aspect des simples lichénifications. Chez la malade présentant des lésions généralisées à laquelle nous venons de faire allusion, nous avons eu la chance de saisir sur le vif le début même de l'éruption. Alors que les lésions du corps dataient de vingt-trois ans, celles du visage étaient de date toute récente, et leur aspect était bien significatif. Les sourcils étaient usés par le grattage, surtout dans leur partie externe. A leur niveau, de



Fig. 8. — Mme Ar... Lichénification circonscrite nodulaire chronique ; lésions des jambes et des pieds.

même que près du nez et de la bouche, on trouvait quelques lésions, encore discrètes, de la grosseur d'une très forte tête d'épingle, papuleuses, surélevées, de couleur rose-rouge, par endroits tirant sur le bistre, assez nettement arrondies, résistantes et rugueuses au toucher, entourées de lésions de lichénification fruste, et qui, à n'en pas douter, représentaient le mode de début des grosses lésions papuleuses du reste du corps.

A leur stade d'état, en effet, les lésions sont constituées par de

gros éléments globuleux, hémisphériques, arrondis, rénitents, nettement limités, de la grosseur moyenne d'un pois vert à celle d'un gros noyau de cerise, pouvant même atteindre les dimensions d'une grosse noisette. Ils font une saillie de 5 à 15 millimètres au-dessus de la peau saine et leur surface s'élève en coupole. En général ces énormes papules restent discrètes, et il n'y en a qu'un petit nombre chez chaque sujet; dans un cas récent nous pouvions cependant en noter jusqu'à quatre-vingt-deux sur un seul avant-bras. Même lorsqu'elles sont aussi abondantes que dans ce cas, chacune de ces petites tumeurs est nettement séparée des voisines par un assez large liseré de peau saine. Leur surface est rugueuse, couverte de squames sèches, grisâtres, très adhérentes, qui leur donnent un aspect corné; souvent elle présente de fortes excoriations, couvertes de croûtelles sanguinolentes, provenant du grattage.

Le phénomène subjectif majeur qui les accompagne est en effet un prurit des plus violents, parfois effroyable, non pas continu, mais survenant par crises fréquentes, prurit intolérable, que presque rien ne peut arriver à calmer.

L'évolution de la dermatose est des plus lente et dure des années. Vingt-trois ans, telle était la durée du dernier cas que nous avons pu suivre.

L'état général reste bon et n'est troublé que par la fatigue due aux crises de prurit paroxystique.

Tel est l'aspect de cette dermatose assez rare puisqu'en 1902, dans son article des « Lichens » de la *Pratique Dermatologique*, Brocq déclarait n'en avoir observé que cinq cas. Nous n'en avons vu nous-même que quatre à l'heure actuelle.

\*  
\*  
\*

Si nous recherchons maintenant la place qu'occupe le lichen obtusus corné dans les ouvrages des classiques français ou étrangers, nous voyons qu'un certain nombre le passent sous silence; d'autres le confondent franchement avec le lichen corné hypertrophique; la plupart de ceux qui le mentionnent, le classent comme une variété de lichen plan.

La papule du lichen plan, qui possède dans son type normal des caractères si distincts, est susceptible en effet de prendre des aspects variables, de par des modifications de volume, de forme,

d'évolution. Il en résulte que certaines éruptions de lichen peuvent prendre une physionomie toute spéciale, mais qu'il est possible cependant de rattacher au lichen plan, grâce à la présence, en certains points du corps, de quelques papules ayant conservé leurs caractères habituels.

Allant plus loin encore, on a incorporé au lichen plan des éruptions semblables aux précédentes comme aspect général, mais ne présentant plus aucune papule de lichen plan typique.

C'est ainsi que l'on est passé du lichen plan au lichen planus obtusus de Unna, caractérisé par des papules semi-coniques ou hémisphériques, polies, sans squames, d'un rouge bleuâtre ou brunâtre, relativement peu prurigineuses, qui semble bien pouvoir être rattaché au lichen plan.

Et de ce lichen planus obtusus on a poussé l'assimilation jusqu'au lichen obtusus corné, dont l'aspect clinique, on en conviendra pourtant, s'éloigne complètement du lichen plan.

Certains auteurs pourtant décrivaient encore sous d'autres appellations le type morbide que nous étudions aujourd'hui. Isaac le décrivait à la Société Berlinoise de Dermatologie sous le nom de « Lichen ruber verruqueux », Morrant Baker sous le nom d'« Urticaria perstans verrucosa », Julius Baum, dans le premier fascicule de l'*Ikonographia dermatologica* de Neisser et Jacob, reprenait l'épithète d'« Urticaria perstans ».

Dès 1902, dans son grand article sur les Lichens, Brocq faisait déjà d'expresses réserves sur les rapports réels du Lichen obtusus corné et du lichen plan. « Dans le dernier cas que nous avons étudié, écrivait-il, les papules portaient dès leur début des squames sèches à leur sommet et rappelaient l'aspect des simples lichénifications. Nous aurions, par suite, de la tendance à distraire ces faits du cadre du lichen plan pour les reporter au cadre des prurits avec lichénification. Toute cette question doit être reprise au point de vue clinique, pathogénique et histologique ».

En 1906, Schamberg et Hirschler, publiaient, dans le *Journal of cutaneous diseases*, un cas analogue sous le nom de « Multiple tumors of the skin in Negroes, associated with itching » et en 1907 Charles J. White donnait, dans la même revue, un mémoire intitulé : « Lichen obtusus corneus, an unusual type of lichénification ».

La même année, Brocq, dans son *Traité élémentaire de Der-*

*matologie pratique* s'était déjà exprimé nettement : « Nous croyons que cette forme morbide doit être distinguée du lichen plan et être rangée dans les prurits circonscrits avec lichénification ».

En décembre 1908, nous présentâmes, M. Brocq et moi, à la Société Française de Dermatologie, un cas de Lichen obtusus corné que nous baptisâmes : « forme anormale de lichénification circonscrite en nodules » et nous revenions sur le même sujet dans notre rapport sur les Lichénifications anormales au Congrès de Buda-Pest en 1909.

Il ne semble pas cependant que notre théorie des lichénifications anormales ait été comprise et dans la dernière édition de 1917, du *Traité de Dermatologie* de notre prédécesseur à Strasbourg, le Prof. Wolff par exemple, on trouve le lichen obtusus corné décrit encore comme une variété de lichen plan et accompagné de photographies qui ont trait précisément à la même maladie dont les lésions datent de vingt-trois ans, que nous avons présentée à la séance de juillet de la Réunion dermatologique de Strasbourg, et qui est la preuve la plus évidente que le lichen obtusus corné doit être interprété comme une lichénification nodulaire chronique.

Par contre, dans la deuxième édition du *Précis de Dermatologie* de Darier, nous lisons avec plaisir : « Les relations de cette forme (lichen obtusus corné) avec le lichen plan sont douteuses ».

\*  
\*\*

Il nous paraît donc nécessaire d'établir les arguments qui sont de nature à entraîner une conviction définitive. Ces arguments sont de deux ordres : les uns, cliniques, les autres histologiques ; nous allons les passer successivement en revue.

Au point de vue clinique, le lichen plan est une des dermatoses les plus clairement définies par une lésion élémentaire qui est d'une netteté parfaite. Son mode d'expression est une papule typique, ayant les dimensions d'une tête d'épingle, d'un rose tirant sur le jaunâtre, à limites nettes, précises, à contours polygonaux, légèrement saillante, d'aspect néoplasique, aplatie à son sommet, brillant aux incidences de lumière comme une goutte de cire. Aucune autre lésion élémentaire ne peut prêter à confusion avec elle.



Quand un certain nombre de ces papules s'agglomèrent pour former les plaques, celles-ci, tout en conservant l'ensemble des caractères constitutifs des papules qui leur ont donné naissance, présentent un autre signe pathognomonique : les stries blanches, ces sortes de punctuations, d'arborisations si particulières.

Cette symptomatologie est donc tout à fait spéciale ; elle ne prête à aucune ambiguïté, et l'étude de la dermatologie serait singulièrement facilitée, si toutes les dermatoses s'affirmaient par une signature aussi spécifique. Ici, pas de zone de frontières mal limitées, pas de faits de passage ambigus, pas de formes de transition. Là où existe la papule si particulière dont nous venons de parler, nous pouvons affirmer le lichen plan ; nous pouvons le nier là où elle manque.

Cette papule typique, peut, nous l'avons rappelé tout à l'heure, se présenter par places avec des caractères modifiés, soit qu'elle s'acumine, soit qu'elle s'hypertrophie, soit qu'elle s'atrophie. Mais on retrouve toujours alors, sur place, ou au voisinage, ou en d'autres points du corps, des lésions typiques de lichen plan, avec leurs caractères habituels. A défaut de celles-ci, on dépiste, au niveau des muqueuses et particulièrement de la muqueuse buccale, les stries, les arborisations, les circinations, caractéristiques de ces localisations du lichen plan, beaucoup plus fréquentes encore que ne le disent les classiques.

Trouvons-nous quelque chose d'analogue dans le lichen obtusus corné ? Nullement. S'il faut admettre qu'il y a déformation de la papule du lichen plan, qui s'hypertrophierait colossalement en devenant globuleuse, du moins devrions-nous trouver des vestiges de la lésion première. Dans aucun cas on n'a pu en trouver. Quand on assiste au début de la dermatose, on voit au contraire se former des lésions papuleuses, non polygonales, mais arrondies, mal limitées, non néoplasiques, qui s'accompagnent d'exagération du quadrillage de la peau et qui sont manifestement des lésions de lichénification au début.

C'est en vain que l'on cherche également chez ces malades la moindre trace de localisations aux muqueuses : elles font totalement défaut.

D'autres signes cliniques viennent se surajouter à ceux que nous venons d'énumérer : la durée de l'évolution et surtout l'importance et le rôle joués par le prurit dans le lichen obtusus corné. Le lichen plan est une affection qui peut avoir une allure

torpide et persister durant des mois; on n'en voit pour ainsi dire jamais qui, sur place, dure des années comme c'est la règle pour le lichen obtusus corné, voire même vingt-trois ans comme dans notre dernier cas.

Enfin, le lichen plan est une affection en général prurigineuse, mais les sensations de prurit y sont d'intensité moyenne; elles sont dans certains cas plus rares, fort vives et peuvent provoquer une lichénification secondaire, surajoutée. En tout cas, dans la grande majorité des cas, le prurit ne commande pas l'éruption. Dans le lichen obtusus corné au contraire, lorsqu'on interroge avec soin les malades on constate que le prurit est toujours pré-éruptif, qu'il a toujours précédé et déterminé les localisations des lésions; il ne disparaît jamais, revient par crises subintrantes et c'est au fur et à mesure que la dermatose avance en âge que les papules augmentent de volume, deviennent de véritables nodules volumineux, durs et rugueux. Au voisinage d'un certain nombre d'éléments on constate du reste assez fréquemment des lésions de lichénification normale avec leurs papules aplaties, l'exagération du quadrillage de la peau et la teinte bistre des téguments. Souvent d'ailleurs il s'agit de femmes manifestement nerveuses et intoxiquées caféiques.

On voudra bien convenir qu'au point de vue de la symptomatologie, de l'étude de la lésion élémentaire, du mode de début de l'affection, de son évolution, des phénomènes prurigineux qui l'accompagnent, tout écarte le lichen obtusus corné du lichen plan, tout le rapproche au contraire du processus de la lichénification.

Examinons maintenant l'argument histologique. Le lichen de Wilson est signé microscopiquement avec la même netteté que macroscopiquement. A sa lésion élémentaire si nette correspond une anatomie pathologique toute particulière. Tous les histologistes savent combien l'étude anatomo-pathologique d'un grand nombre d'affections cutanées est décevante au point de vue du diagnostic; un petit nombre de processus histologiques se retrouvent pour traduire des aspects cliniques souvent fort différents et le microscope ne fait souvent qu'expliquer le mécanisme des constatations macroscopiques sans y ajouter aucune notion étiologique ou diagnostique.

La papule ou la plaque de lichen plan adulte offrent toujours au contraire un tableau histologique indiscutable et dans un cas

de diagnostic clinique embarrassant le microscope permet d'affirmer ou d'exclure le lichen de Wilson. La petite papule jeune est typique avec son épaissement en plateau de l'épiderme et son foyer d'infiltration dermique correspondant exactement à la papule épidermique. La plaque adulte ne l'est pas moins et la figure ci-jointe aidera à fixer les idées. Elle montre les lésions

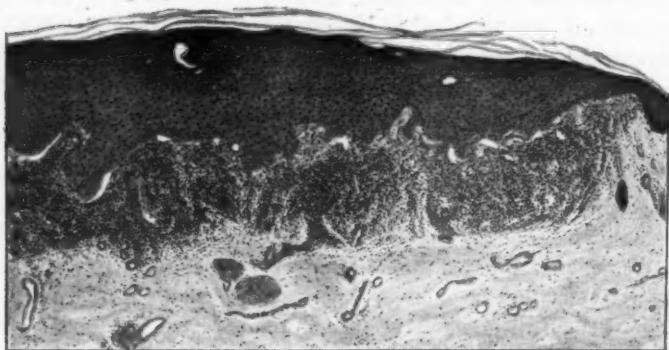


Fig. 3. — Lésions histologiques de la plaque adulte de lichen plan typique.

classiques : épaissement considérable de l'épiderme, en plateau, en table épaisse, sur toute l'étendue de la plaque ; hypertrophie irrégulière de la granuleuse, qui tantôt s'épaissit et tantôt s'amincit pour déterminer l'apparition des stries blanches ; infiltrat dermique dense et serré, réparti en nappe assez régulière sur toute la longueur de l'épaississement du corps muqueux ; et entre ces deux papules, dermique et épidermique, ces décollements arciformes caractéristiques. Tout cela donne un tableau tout à fait spécial, qui est celui du lichen plan et rien que du lichen plan.

Voyons maintenant la structure histologique du lichen obtus. Nous avons pu l'étudier dans deux de nos cas.

La couche cornée, partout épaissie, forme par places de véritables stratifications feuilletées et montre quelques îlots de parakératose. La granuleuse est elle-même fortement épaissie mais ne montre pas ces alternatives de renflements et d'effilés constitutives des stries blanches.

Le corps muqueux, végétant, est en hyperacanthose manifeste ;

il dessine des papilles et des prolongements interpapillaires irréguliers.

Ceux-ci sont tantôt minces, tantôt larges et massués, limités par une basale qui présente quelques karyokinèses. Le tableau est donc ici tout différent de l'énorme épaissement total, en plateau, de toute l'étendue de la plaque de lichen plan, qui a

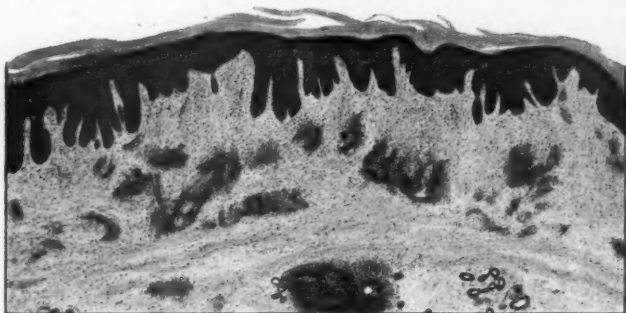


Fig. 4. — Lésions histologiques de la lichénification circonscrite nodulaire chronique.

perdu papilles et prolongements interpapillaires. Dans le derme, le corps papillaire ne présente pas d'altérations importantes, et seulement une légère infiltration cellulaire. Cependant le tissu conjonctif montre déjà des lésions de sclérose intéressante. Le collagène est distribué en faisceaux épais, compacts et serrés. La structure grêle et fibrillaire des papilles a disparu.

Le derme moyen et profond, jusqu'au niveau des glandes sudoripares, présente les mêmes lésions de sclérose, un peu plus prononcées, avec gros faisceaux de collagène, serrés et compacts.

Disséminés dans ce tissu conjonctif hypertrophié et dense, on trouve d'assez nombreux flots, irréguliers de forme, qui présentent une structure fibrillaire grêle et dans les mailles desquels se loge une infiltration cellulaire assez dense. Ces cellules sont uniquement du type lymphocytes et cellules conjonctives fixes. Ces flots ne signifient rien de plus qu'une inflammation chronique du tissu conjonctif et nous les avons rencontrés souvent dans des inflammations dermiques d'origine diverse.

L'histologie des nodules du lichen obtus corné peut donc se

résumer ainsi : hyperkératose considérable avec épaissement de la granuleuse, corps muqueux hyperacanthosique ; sclérose dermique importante, faisant disparaître la structure fibrillaire grêle du corps papillaire, plus prononcée encore dans le derme moyen et parsemée, dans cette zone, d'îlots lympho-conjonctifs, qui témoignent d'une inflammation chronique du derme.

Ici encore les différences avec l'anatomie pathologique du lichen plan sont éclatantes et la comparaison des figures les met bien en évidence.

Mais par contre comparons-les maintenant aux lésions histologiques de la lichénification normale et les points de ressemblance nous apparaîtront nombreux. La figure 5 nous montre l'aspect d'une biopsie portant sur des lésions de lichénification

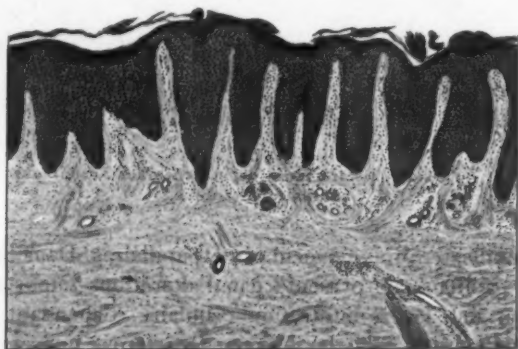


Fig. 5. — Lésions histologiques de la lichénification typique.

normale de l'avant-bras : hyperkératose avec foyers de parakératose, hyperacanthose encore plus marquée que précédemment, sclérose légère du derme qui est parsemé d'une infiltration cellulaire discrète et répartie sans ordre. Evidemment il y a, avec les lésions du lichen obtusus corné des différences en plus ou en moins ; le processus irritatif se traduit davantage au niveau de l'épiderme dont l'état végétant est plus accentué, et moins dans le derme qui est infiniment moins sclérosé et présente une infiltration diffuse au lieu d'être groupée en foyers circonscrits. Mais ce ne sont là que des nuances et non des différences absolues et l'on conçoit qu'un traumatisme qui s'exerce sur la peau pendant des

années arrive à des modifications plus profondes que celui qui ne date que de quelques semaines.

Ici encore l'histologie nous mène à des conclusions identiques à celles que nous avait imposées la clinique : elle sépare le lichen obtusus corné du lichen plan et l'identifie avec le processus de la lichénification.

\*  
\*\*

*Conclusions.* — Nous nous croyons autorisé par ce qui précède à poser nettement les conclusions suivantes :

I. *Point de vue clinique.* — Le lichen obtusus corné se différencie totalement du lichen de Wilson.

1° Il ne présente jamais la lésion élémentaire si particulière de ce dernier.

2° Les volumineux nodules cornés qui le caractérisent ne peuvent pas être considérés comme une déformation globuleuse de la papule du lichen plan ; lorsqu'on assiste au mode de formation de ses lésions, on voit qu'elles débent sous un aspect de lichénification banale et ce n'est que par un traumatisme répété *in situ* souvent pendant des années qu'elles prennent l'aspect de nodules cornés.

3° Son évolution n'est pas la même et se déroule non pendant des mois mais pendant des années.

4° Le prurit n'est pas un simple épi-phénomène accompagnant les lésions ; il est toujours pré-éruptif, commande toujours l'apparition des nodules et leur hypertrophie progressive par les traumatismes qu'engendre ses paroxysmes répétés.

5° Tous ces caractères cliniques qui différencient le lichen obtusus du lichen planus le rapprochent au contraire on ne peut plus étroitement du processus de la lichénification.

II. *Point de vue histologique.* — Le nodule de lichen obtusus se différencie totalement de la papule dermo-épidermique avec décollements arciformes entre le derme et l'épiderme, qui est pathognomonique du lichen plan.

Son hyperkératose, son hyperacanthose, la sclérose du derme avec foyers d'infiltrats lympho-conjonctifs qui caractérisent son anatomie pathologique, le placent au contraire tout à côté de la lichénification normale dont il n'est qu'une exagération.

C'est donc par un abus de mot, essentiellement propre à engen-

drer la confusion, et qui tient au sens vague qu'a eu trop longtemps le terme « lichen », désignant des dermatoses totalement différentes, qu'on continuerait à appliquer ce terme, même en y ajoutant les deux épithètes d'obtus et de corné, à l'aspect morbide que nous venons d'étudier. Tout le rapprochant au contraire au point de vue clinique et histologique des lichénifications, nous demandons qu'on reprenne, en la modifiant légèrement, l'appellation que nous proposons en 1908 avec Brocq, et que l'on adopte la « Lichénification circonscrite nodulaire chronique ».

---



# LES DISSOCIATIONS DES RÉACTIONS PATHOLOGIQUES DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA SYPHILIS NERVEUSE

Par MM.

CESTAN

Professeur de clinique  
neuro-psychiatrique

RISER

Chef de clinique

à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de syphilis nerveuse présente dans la plupart des cas un certain nombre de modifications fondamentales : l'hyperalbuminose (plus de 0 gr. 30 par litre), l'hyperlymphocytose nette (plus de 4-5 lymphos. par millimètre cube), les réactions de Wassermann, Lange, Guillain-Laroche-Léchelle positives.

Toutefois, chez certains malades, on peut trouver des signes cliniques très nets de syphilis du névraxe (myélites, méningites, méningo-encéphalites, radiculites) alors que manquent plusieurs des modifications pathologiques du L. C.-R. syphilitique : *il y a dissociation des réactions pathologiques. A fortiori*, si on examine le L. C.-R. de sujets ne présentant que des signes cliniques très minimes de syphilis nerveuse observera-t-on des dissociations plus fréquentes encore.

De tels faits ont déjà été signalés dans la P. G. par Laignel-Lavastine (*Soc. Méd. Hôp.*, 1901), Joffroy et Mercier (*Rev. Neurol.*, 1902), Ardin-Delteil (*Soc. Neurol.*, 1903) ; il faut d'ailleurs ajouter que dans ces cas le diagnostic de méningo-encéphalite repose sur les seules données cliniques. Achard et Grenet (*Rev. Neurol.*, 1903) rapportent un cas de P. G. sans lymphocytose, confirmé par l'autopsie. L'observation I de Charpentier et Barbé (*Soc. Psychiat.*, 1911) concerne une P. G. prolongée ; à la fin de l'évolution, malgré un double Argyll, lymphocytose et hyperalbuminose disparurent ; il est vrai que l'autopsie ne fut pas pratiquée, pas plus que dans le cas de Kahn et Mercier (*Encéphale*, 1912) : P. G. sans lymphocytose ni hyperalbuminose (pas de R. W.). Mêmes remarques au sujet de deux cas de méningo-encéphalite cités par Mestrezat dans sa thèse (Montpellier, 1912).

Par contre cet auteur rapporte un cas de tabès avec Argyll, areflexie, 0 gr. 22 albu. lymphocyte pure et abondante. Augistron rapporte dans sa thèse deux observations de P. G. avec lymphocytose faible et hyperalbuminose (ni autopsie, ni R. W.). Mitchell, Darling et Newcomb (*Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1914) signalent la dissociation albumino-cytologique dans la syphilis cérébrale et spinale. Haguénau (*Thèse*, Paris, 1920) confirme ces données. Jeanselme et Bloch (*Réunion neurol.* du 10 juillet 1920, in *Rev. neurol.*, 1920, p. 665) disent que « dans des cas de neuro-syphilis indiscutables, la R. W. du L. C.-R. peut exister sans hypercytose ni albuminose notables » : paraplégie au cours de laquelle trois ponctions successives donnèrent R. W. + + + +, Alb. 0 gr. 35, Leuco. 3. Long (même référence, p. 666) signale la possibilité, rare d'ailleurs, d'hyperalbuminose rachidienne sans lymphocytose, dans la P. G. Sicard (même référence, p. 662) n'a noté « qu'un seul cas où l'albumine et la lymphocytose rachidiennes, toutes deux restant au taux physiologique, s'accompagnaient d'un Bordet-Wassermann positif chez un P. G. Cette dissociation ne fut d'ailleurs que passagère.

Ravaut étudia les dissociations du L.-C.-R. dans la syphilis secondaire (*Ann. Dermat. et Soc. Méd. Hôp.* 1903) et tertiaire (*Ann. Dermat.* 1913), l'hyperalbuminose séquelle de syphilis nerveuses en voie d'extinction ou de latence, signe humoral fréquent de l'hérédo-syphilis (*Ann. Dermat.* 1917).

Citons deux cas de dissociation albumino-cytologique par hypercytose rapportés par Derrien, Euzière et Roger (*Encéphale*, 1913, tome II).

Mentionnons enfin l'importante thèse que Rabeau consacra en 1921 aux albumines du L.-C.-R. (Paris).

Il convient d'apporter à ces faits la plus grande attention ; trop souvent en effet on se borne à apprécier le taux de l'albumine rachidienne et la lymphocytose ; si il n'y a ni hyperalbuminose ni lymphocytose marquée on juge inutile de pratiquer la R. W. et le liquide est déclaré normal : Fontecilla et Sepulveda (*Le Liq. céph.-rach.*, p. 136. Maloine, 1921).

En dehors du point de vue pratique et diagnostique il n'est d'ailleurs pas sans intérêt de montrer que la R. W. peut être positive dans un liquide ne renfermant ni albumine ni cellules en quantités anormales.

## I. — MATÉRIEL D'ÉTUDE. VUE D'ENSEMBLE. TECHNIQUES

Depuis trois ans nous examinons systématiquement le L. C.-R. de tous nos malades : albuminose, globulinoïse, cytoïse, R. W. sont recherchées qualitativement et quantitativement ; plus récemment la réaction du benjoin est chaque fois pratiquée. 1000 liquides rachidiens ont été ainsi examinés ; nous pensons donc pouvoir publier nos résultats et plus particulièrement ceux qui concernent l'étude des liquides syphilitiques au nombre de 200 (1).

Voici les résultats globaux de ces recherches :

157 fois le L. C.-R. présentait une hyperlymphocytose et une hyperalbuminose notable (plus de 10 lympho. au millimètre cube, plus de 0 gr. 50 d'albumine), la R. W. était positive.

37 fois, alors que la R. W. était positive, il y a eu dissociation des autres modifications pathologiques.

6 fois la R. W. a été négative, mais la réaction du benjoin colloïdal de Guillain, Laroche et Léchelle était positive, l'hyperalbuminose était nette.

On peut établir ainsi le tableau analytique des dissociations rencontrées :

	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV
Hyper-albuminose .	+	—	—	+
Hyper-lymphocytose	—	+	—	±
R. W. positive . .	+	+	+	—
Réaction du benjoin				+

Nous n'envisagerons dans ce travail que l'étude des trois premiers groupes, ayant apprécié ailleurs la valeur du quatrième (2).

Nos malades étaient loin de la période d'incubation ; aucun d'eux ne présentait d'accidents secondaires ; dans la très grande

(1) Il s'agit de 200 sujets spécifiques, tous ont été ponctionnés deux à trois fois ; certains, en trois ans, l'ont été dix à quinze fois, et toujours le L. C.-R. a été examiné.

(2) CESTAN, RISER, STILLMUNKS : Syphilis latente du névraxe et réaction du benjoin colloïdal. *Bulletin Académ. Médecine*, 26 juillet 1921.

majorité des cas (185) l'examen clinique décelait des signes plus ou moins importants d'atteinte du système nerveux.

Le taux de l'albumine était apprécié par l'appareil de Ravaut et Boyer ; la lymphocytose était mesurée à la cellule de Nageotte ; R. W. suivant la technique Calmette-Massol (même antigène pour les 200 réactions).

## II. — ÉTUDE DÉTAILLÉE

### A. — PREMIER GROUPE : R. W. positive. Hyperalbuminose. Pas de réaction cytologique.

Les observations qui permettent de caractériser ce groupe sont au nombre de 31. Tantôt la lymphocytose a été normale ou limite : 0,4 à 3 lymphos. par millimètre cube (14 obs.), tantôt elle fut un peu plus accentuée : 4 à 9 éléments au millimètre cube.

Ce premier groupe de dissociations par « acytose » doit lui-même être fragmenté ; la dissociation albumino-cytologique peut être en effet observée d'emblée, avant tout traitement, ou bien elle est la résultante d'un traitement spécifique. Dans ce dernier cas, il s'agit de malades atteints de syphilis nerveuse et dont le L. C.-R. avant traitement présentait de l'hyperalbuminose, de l'hyperlymphocytose, une R. W. positive ; l'arsénobenzol fit disparaître l'hyperlymphocytose seule, créant ainsi une dissociation albumino-cytologique.

#### 1. Dissociation d'emblée (avant tout traitement).

23 observations :

##### *Hydrocéphalie.*

Obs. I. — Bon..., 1 an. Enfant hydrocéphale. Rate percutable. Né à terme.

Alb. 0 gr. 60. Lympho 2. R. W. + faible.

##### *Méningite chronique.*

Obs. II. — Pébord..., 40 ans. Méningite syphilitique chronique qui s'est manifestée cliniquement 10 ans après le chancre la première fois en 1917, une seconde fois en 1921 par des vomissements, de la céphalée, de la raideur de la nuque sans ictus, sans paralysie, sans fièvre. Pupilles, réflexes, sphincters, intelligence normaux.

Alb. 1 gr. Lymphocytes 4,5. R. W. + + + +.

*Paralysies générales.*

Obs. III. — Bon... Paralysie générale chez un homme de 34 ans. Chancres cinq ans avant. Marche rapide. En quatre mois la démence s'est accentuée profondément, idées délirantes mégalomaniaques ; grosse dysarthrie, hyperréflexivité. Argyll bilatéral.

Alb. 2 gr. Lympho. 1. R. W. + + + +.

Trois mois après, même formule cytologique : lymphocytes au nombre de 0,5 à 1 par millicube.

Obs. IV. — La Roch..., 48 ans. P. G. rapidement progressive, gros signes organiques et psychiques : Argyll, dysarthrie, démence.

Alb. 1 gr. Lympho. 4. R. W. + +.

Obs. V. — Bels..., 40 ans. P. G. remontant à six mois et dont les signes organiques cliniques sont peu marqués : dysarthrie légère ; inégalité pupillaire peu marquée, paresse pupillaire ; le déficit psychique est également peu marqué, mais indiscutable ; pas d'idées délirantes.

Alb. 2 gr. Lympho. 4. R. W. + + + +.

Obs. VI. — Brul..., 56 ans. P. G. remontant à six ans et dont l'évolution lente est marquée de rémissions spontanées durant 6 à 8 mois (il y en a eu trois). Argyll bilatéral, aréflexie tendineuse bilatérale des membres inf., grosse dysarthrie. Démence très marquée.

Alb. 1 gr. 50. Lympho. 6. R. W. + + + +.

*Tabès.*

Obs. VII. — Camp..., 45 ans. A fait en 1914 une crise de confusion mentale de cause indéterminée, d'une durée de six semaines, suivie d'idées mégalomaniaques absurdes ; depuis cette époque diminution de la mémoire, crises épileptiques fréquentes 1 à 2 par mois. Argyll bilatéral, aréflexie achilléenne bilatérale, douleurs fulgurantes. Pas de signes démentiels, pas d'idées délirantes.

Alb. 0 gr. 50. Lympho. 4,5. R. W. +.

Obs. VIII. — Bay... Tabès banal lentement progressif. Argyll, Romberg, Westphall.

Alb. 0 gr. 50. Lympho. 5. R. W. + + + +.

Obs. IX. — Escand..., 48 ans. Tabès et diminution de l'intelligence sans idées délirantes ; grosse diminution de la mémoire, perte du pouvoir de généralisation, même élémentaire ; douleurs, aréflexie patellaire double, Romberg, Argyll bilatéral.

Alb. 0 gr. 80. Lympho. 1. R. W. + + + +.

Obs. X. — Désir..., 47 ans. Tabès ancien atteignant les quatre membres. Tous les réflexes abolis, douleurs très vives périphériques et viscérales. Grande ataxie de quatre membres. Arthropathie épaule droite. Argyll bilatéral et myosis.

Alb. 1 gr. Lympho. 0,3. R. W. + + + +.

*Epilepsie.*

Obs. XI. — Lart..., 30 ans. Epilepsie généralisée avec délire hallucinatoire. Crises très nombreuses, équivalents : impulsions homicides. Mort en état de mal.

Alb. 1 gr. Lympho. 9. R. W. +.

*Paraplégies.*

Obs. XII. — Espin..., 47 ans. Chancres à 30 ans. Brusquement à 46 ans survient une paraplégie flasque, sans prodromes, incontinence sphinctérienne absolue. Deux mois après les réflexes tendin. reparaissent, puis Babinski et contractures; paralysie persiste depuis un an.

Alb. 4 gr. Lympho. 0,5. R. W. + + + +.

Obs. XIII. — Bertil..., 42 ans. Nie la syphilis. Paraplégie progressive, d'emblée spastique. En 8 jours les deux jambes sont successivement impotentes. Babinski apparaît en 15 jours. Anesthésie tactile jusqu'à l'ombilic. Pas d'Argyll. Une grosse amélioration par le néo.

Alb. 5 gr. Lympho. 0,4. R. W. + + + +.

Obs. XIV. — Moulay... Paraplégie spasmodique type Erb dont le début remonte à 9 ans. Argyll bilatéral.

Alb. 0 gr. 55. Lympho. 2. R. W. + + +.

Obs. XV. — Daign..., 44 ans. Paraplégie spasmodique progressive type Erb. Argyll. Impotence considérable.

Alb. 0 gr. 80. Lympho. 0,9. R. W. + + + +.

Obs. XVI. — Dupl..., 39 ans. Paraplégie survenue brusquement, très rapidement spasmodique, Babinski double clonus du pied. Anesthésie presque complète à tous les modes, troubles sphinctériens importants. Argyll bilatéral. Rien au rachis. Guérison clinique.

Alb. 6 gr. Lympho. 5. R. W. + + + + +.

*Maladies mentales en dehors de la P. G.*

Obs. XVII. — Michel..., Emma, 28 ans. Hypomaniaque, sans démence, ataxie idéatoire, pas d'idées délirantes. Réflexes normaux, pas de dysarthrie, pas de tremblement. Pupilles normales, pas de troubles sphinctériens, ni moteurs ni sensitifs corticaux, médullaires ou radiculaires, pas de signes viscéraux de syphilis.

Alb. 1 gr. Lympho. 1. R. W. + + (Sang: R. W. + +).

Obs. XVIII. — Berdesq... Etat démentiel absolu, gâtisme, aucune orientation dans le temps et l'espace. Pas de dysarthrie, pas de tremblement; réflexes normaux. Pas d'Argyll, mais déformation oblique ovale de pupille. A l'autopsie pas de méningo-encéphalite; cytolysie diffuse, hyperplasie névroglique.

Alb. 0 gr. 70. Lympho. 1. R. W. + (Sang: R. W. + +).

Obs. XIX. — Chaub..., 49 ans. Syphilis à 21 ans. Pas d'accidents perçus par le malade depuis cette époque. A l'heure actuelle crise confusionnelle, guérie rapidement.

Alb. 0 gr. 70. Lympho. 5. R. W. + faible.

*Syphilitiques n'ayant pas de signes cliniques d'atteinte du système nerveux, liquide céphalo-rachidien altéré.*

Obs. XX. — Ubar..., 30 ans. Syphilis à 22 ans, traitée convenablement au néo et au g. A l'heure actuelle aucun signe clinique de syphilis nerveuse. Pupilles, réflexes, sphincters, intelligence, motilité et sensibilité, tout est normal. Rien sur la peau, ni sur les muqueuses.

Alb. 1 gr. Lympho. 1. R. W. + + + +.



Obs. XXI. — Val..., 28 ans. Syphilis à 26 ans, bien soignée. A l'heure actuelle rien sur la peau ni sur les muqueuses. Pupilles un peu déformées, mais réagissent bien. Réflexes patel. un peu forts.

Alb. 1 gr. Lympho. 2. R. W. +++.

Obs. XXII. — Osc..., 28 ans. Epileptique ayant contracté la syphilis à 23 ans. Séries régulières de néo et de mercure. Pupilles déformées, mais réagissent bien. Réflexes vifs. Aucun signe de syphilis viscérale ou nerveuse.

Alb. 0 gr. 50. Lympho. 2. R. W. + faible.

Obs. XXIII. — La Roch..., 33 ans. Femme d'un paralytique général N'a aucun signe clinique de syphilis viscérale ou nerveuse.

Alb. 0 gr. 50. Lympho. 2. R. W. + (Sang R. W. ++) (1).

## 2. Dissociation albumino-cytologique due au traitement.

Les observations qui suivent sont celles de malades qui ont été traités. Avant traitement, la lymphocytose avait été toujours considérable ; les injections répétées de néo-salvarsan intraveineux firent rapidement diminuer cette lymphocytose — et elle seule — dans des proportions considérables ; et c'est ainsi que l'on put noter des dissociations des réactions pathologiques du L. C.-R.

Obs. XXIV. — Attan..., Honorine, 39 ans. Mariée à 22 ans à un syphilitique n'a présenté aucun accident jusqu'en 1920 ; à cette époque, hémiparésie droite sans aphasie, survenue brusquement et qui dure quatre jours. En novembre 1920 : nonchalance, somnolence, asthénie, lenteur de l'idéation, euphorie, diminution de la mémoire.

Avant traitement : Alb. 1 gr. 80. Lympho. 130. R. W. ++++.

Immédiatement après traitement (7 gr. 20 de sulfarsénol en 10 semaines) : Alb. 1 gr. 20. Lympho. 1. R. W. ++++.

7 mois après la dernière injection de Sulfarsénol : Alb. 1 gr. 20. Lympho. 0,7. R. W. ++++.

Obs. XXV. — Coulom..., 47 ans. Vieille syphilis qui détermine depuis deux ans de l'impuissance, de la paresse vésicale, une exagération des réflexes patellaires d'un côté, une abolition de l'autre côté. Argyll bilatéral, pas de Romberg.

Avant traitement : Alb. 1 gr. 30. Lympho. 37. R. W. ++++.

Immédiatement après traitement (8 gr. en 2 mois) : Alb. 2 gr. Lympho. 9. R. W. ++++.

Même formule cytologique 4 mois après la dernière série de néo.

Obs. XXVI. — Armeng..., 58 ans. Vieux tabès. Aréflexie patellaire bilatérale, douleurs, Argyll.

Avant traitement : Alb. 1 gr. Lympho. 71. R. W. ++++.

(1) CESTAN et RISER, Études de quelques formes de syphilis conjugale neurotrope ignorée, *Toulouse Médicale*, 15 mai 1921.



Immédiatement après traitement (2 gr. 50 en 6 semaines) : Alb, 0 gr. 60. Lympho. 8. R. W. + + + +.

Obs. XXVII. — Delat... Tabès. Grosse incoordination, Westphall, Romberg, douleurs fulgurantes, amaurose progressive, Argyll, arthropathie hanche droite.

Avant traitement : Alb. 1 gr. 50. Lympho. 131. R. W. + + + +.

Immédiatement après traitement (3 gr. en 2 mois) : Alb. 0 gr. 45. Lympho. 4. R. W. + + + +.

Obs. XXVIII. — Dutr..., 38 ans. P. G. évoluant rapidement ; euphorie coutumière, délire hypocondriaque par bouffées, démence profonde, survenue brusquement et ayant atteint son maximum en quatre mois. Argyll bilatéral, grosse dysarthrie.

Avant traitement : Alb. 2 gr. Lympho. 200. R. W. + + + +.

Immédiatement après traitement (6 gr. de néo en 3 mois) : Alb. 2 gr. Lympho. 5. R. W. + + + +.

Obs. XXIX. — Bid..., 40 ans. Syphilis à 32 ans. Actuellement : Pas de signes cliniques. Pas de céphalée, pupilles et réflexes normaux, pas de troubles psychiques ; pas de phénomènes viscéraux ni douloureux.

Avant traitement : Alb. 1 gr. Lympho. 60. R. W. + + + +.

Immédiatement après (12 gr. de néo en 3 mois) : Alb. 0 gr. 50. Lympho. 4,2. R. W. + + + +.

Obs. XXX. — Roug..., 43 ans. Syphilis en 1916. En 1920, séries de crises anarthriques fugaces, puis séries d'ictus suivis de parésies transitoires. Fond mental atteint. Dysarthrie légère, tremblement de mains. Argyll bilatéral.

Après traitement (3 gr. de néo en cinq semaines) : Alb. 2 gr. 20. Lympho. 5. R. W. + + + +.

Obs. XXXI. — Ram..., 32 ans. Chancres vulvaires 1913. Juillet 1920 : hémiparésie gauche et dysarthrie ; 10 jours après hémiparésie droite, la dysarthrie augmente, des mouvements athétosiques apparaissent au niveau des quatre membres.

Avant traitement : Alb. 3 gr. 112 Lympho. R. W. + + + +.

Après traitement : Alb. 1 gr. 2 Lympho. R. W. + + + +.

### 3. Résumé des observations du 1<sup>er</sup> groupe (31 obs.).

De l'étude des trente et une observations précédentes se dégagent quelques constatations intéressantes :

i) *Il n'y a pas de parallélisme entre la réaction cytologique d'un liquide rachidien et l'intensité de l'affection nerveuse.* L'« acytose » ne dépend ni de l'évolution de la maladie qui peut être rapide, ni de l'importance des lésions qui peuvent être considérables ; c'est ainsi que deux paralysies générales à marche très rapide, à très gros symptômes tant psychiques qu'organiques

n'ont accusé aucune lymphocytose anormale à plusieurs reprises et cependant la R. W. était très forte avec 1/50 de centimètre cube de liquide et l'hyperalbuminose notable. Même remarque pour les paraplégies rapidement progressives à grosse hyperalbuminose, et pour l'obs. II (méningite chronique à « poussées cliniques » suivant l'expression de Umbert). C'est à tort pensons-nous qu'on attribue une valeur pronostique à la lymphocytose et nous partageons tout à fait les idées de Levaditi et Marie (Cf. important mémoire de ces auteurs : Sang et L. C. R. dans la P. G. Rev. de Méd., 1920, n° 12).

2) *L'influence du traitement spécifique sur l'hyperlymphocytose* mérite d'être signalée (8 obs., de XXIV à XXXI).

Dans ces huit cas, avant le traitement, le L. C.-R. présentait de l'hyperlymphocytose très forte, de l'hyperalbuminose, une R. W. positive. Les malades ont été traités par le néosalvarsan à doses élevées : 2 fois 0 gr. 30 à six jours d'intervalle, puis si on ne constatait pas d'exacerbation des phénomènes nerveux, on employait un centigramme par kilog et par semaine.

Dès les premières injections on assista régulièrement à une diminution du nombre des cellules par millimètre cube alors que souvent l'hyperalbuminose s'accroissait.

Puis après six, parfois seulement dix injections la lymphocytose tomba au taux de 1 à 8 lymphocytes par millimètre cube (8, 4, 5, 4, 5, 5, 2, 1). Il convient d'ajouter que cette lymphocytose résiduelle ne céda pas à de nouvelles séries de néo., même très fortes.

Dans l'intervalle des séries, trois à sept mois, alors qu'aucun autre traitement n'était appliqué, cette lymphocytose, dans les huit cas rapportés, n'a pas augmenté (les malades sont suivis depuis un à deux ans et une ponction lombaire est pratiquée tous les trois mois).

En résumé, le traitement spécifique n'a souvent d'action que sur la réaction cellulaire, hyperalbuminose et R. W. demeurant peu ou pas réductibles. Ainsi donc est créée une dissociation des réactions pathologiques du L. C.-R. syphilitique qu'il convient de connaître.

3) *Une classification nosologique* des dissociations du premier groupe permettra quelques remarques intéressantes :

En dehors des dissociations dues au traitement, nous relevons :

a) *Quatre cas de P. G.* (Obs. III, IV, V et VI) parmi lesquels deux

formes à évolution rapide (III et IV). Ces quatre malades ont été ponctionnés plusieurs fois à quinze jours d'intervalle. Dans les deux premières observations, la lymphocytose augmenta régulièrement après chaque ponction et atteignit le maximum de 15 et 20 leucocytes par millimètre cube. Dans les deux dernières observations, la lymphocytose demeura au taux noté tout d'abord à la 1<sup>re</sup> ponction (cf. : Sicard, *Réunion neurologique*, 10 juillet 1920 in *Rev. Neurol.*, 1920, n° 7, p. 661 ; Haguénau, *Thèse*, Paris, 1920 ; Achard et Demanche, *Soc. Neurol.*, 1906 ; Joffroy et Mercier, *Soc. Neurol.*, 1902).

Ces modifications du L. C.-R. dues à la seule ponction sont très importantes à connaître.

b) *Quatre cas de tabès* (obs. VII, VIII, IX et X) : l'absence de lymphocytose dans les vieux tabès fixés est beaucoup moins rare que dans les cas précédents et a été signalée par tous les neurologistes.

c) *Cinq cas de paraplégie* (obs. XVI, XII, XIII, XIV et XV). Les trois premières observations sont particulièrement intéressantes du fait de la considérable dissociation albumino-cytologique.

Obs. XVI : Alb. : 6 gr. ; paraplég. spasmodique à forme rapide ; guérison.

Obs. XII : Alb. : 4 gr. ; parapl. flasque puis spastique, non guérie.

Obs. XIII : Alb. : 5 gr. ; parapl. progressive et spasmod., grosse amélioration.

Cette importante dissociation existe donc non seulement dans les paraplégies pottiques par compression (Sicard) mais aussi dans les méningo-myélites syphilitiques sans qu'on puisse en préciser la raison.

d) Trois observations XX, XXI et XXIII notent un L. C.-R. très altéré sans signes cliniques de syphilis. La vérole avait été contractée huit ans auparavant dans le premier cas, deux ans avant l'époque actuelle dans le second ; ces deux malades avaient été rigoureusement traités par le Néo. et l'Hg. La troisième malade femme d'un P. G. ne sait pas quand elle a été infectée. A l'heure actuelle, psychisme, réflexes, pupilles, sphincters, tout est normal ; pas de troubles de l'équilibre, de la sensibilité, de la motilité ni de la coordination ; pas d'accidents cutanéomuqueux. Un nouveau traitement intensif chez les deux premiers malades

négativa pour peu de temps la R. W. rachidienne et diminue de moitié le taux de l'albumine.

Ces malades sont-ils dans la phase préclinique d'affections nerveuses ultérieures (Ravaut)? L'avenir nous l'apprendra.

B. — SECOND GROUPE : *Albuminose normale* (pas plus de 0 gr. 20 par litre); *hyperlymphocytose marquée* (plus de 15 cellules au millimètre cube); *réaction de Wassermann nettement positive*.  
Une seule observation.

Obs. XXXII. — March..., 38 ans. Syphilis à 22 ans assez bien soignée par néo et Hg. A l'heure actuelle hémiplegie droite survenue progressivement en quatre jours, sans aphasie, sans perte de connaissance; trois crises convulsives ont précédé immédiatement l'hémiplegie; contractures très précoces; raideur de la nuque.

1<sup>re</sup> ponction. 2<sup>e</sup> jour d'hémiplegie : Alb. 0 gr. 20. R. Nonne négative. Lympho. 18. Polynucl. neutro. 20. R. W. +++.

2<sup>e</sup> ponction. 10 jours après la première : Alb. 0 gr. 20. Lympho 50. R. W. +++.

3<sup>e</sup> ponction. 1 mois après la première (2 gr. 40 de néo injectés) : Alb. 0 g. 60. Lympho. 10. R. W. +++.

Il s'agit certainement d'un malade ayant subi un ramollissement cortical par artérite spécifique; dans des cas semblables la R. W. est loin d'être souvent positive dans le L. C.-R.

Une réaction leucocytaire intense et passagère est fréquente (Babinski et Gendron, *S. Méd. Hôp.*, 1912) et correspond probablement à un processus de résorption des déchets cellulaires dont le ramollissement est précisément la cause (cf. la polynucléose signalée lors de la 1<sup>re</sup> ponction).

Mais il faut avouer qu'on ne peut expliquer l'absence d'hyperalbuminose.

#### C. TROISIÈME GROUPE : *Pas d'hyperalbuminose*

(pas plus de 0 gr. 20). *Pas de réaction cellulaire. R. W. positive.*  
Cinq observations.

Obs. XXXIII. — La Rochel..., 6 ans. Fille de paralytique général, dents d'Hutchinson, anémie, pas de splénomégalie, pas de signes pupillaires, réflexes normaux, intelligence normale. Sang R. W. ++.

L. C.-R. Alb. 0 gr. 20. R. Nonne négative. Lympho. 1. R. W. +++.

Obs. XXXIV. — Baudry..., 33 ans. Aliénée migratrice hallucinée, pas de démence ; pas de dysarthrie, ni tremblement des mains ; réflexes normaux, pas de trouble de la motilité ni de la sensibilité. Myosis et Argyll bilatéraux (Sang R. W. ++++).

L. C.-R. Album. 0 gr. 20. Lympho. 1. R. W. ++++ avec 1 dixième de ce liquide.

Obs. XXXV. — Lully... Interprétante cœnestopathe, sans démence, sans signes pupillaires ; réflexes normaux. Pas de paraplégie.

L. C.-R. Alb. 0 gr. 20. R. Nonne négative. Lympho. 2. R. W. + faible.

Obs. XXXVI. — Lavau..., 16 ans. Hydrocéphalie, pas de grosse diminution de l'activité mentale. A 13 ans, a eu une hémiplegie gauche survenue brusquement, sans coma très marqué, améliorée en dix mois, mais dont il reste des traces à l'heure actuelle. Pupilles déformées, lentes à la lumière. R. W. +++ dans le sang.

L. C.-R. Albumine 0 gr. 25. Lymphocyte 0,5. R. W. +++.

Obs. XXXVII. — Col..., 27 ans. Syphilis à 23 ans. A l'heure actuelle surdité unilatérale et bourdonnements d'oreille, sans vertige. Pupilles, sphincters, réflexes, intelligence normaux.

Alb. 0 gr. 15. Lympho. 1. R. W. ++. R. Nonne négative. R. Paundy : négative.

Les observations qui ont servi à établir ce troisième groupe de notre classification sont trop peu nombreuses pour permettre de longues considérations pathogéniques. Nous ferons simplement remarquer que l'hyperalbuminose n'est nullement nécessaire pour que la R. W. soit positive ; ces deux phénomènes : hyperalbuminose et R. W. positive sont indépendants l'un de l'autre.

### III. — CONCLUSIONS

1) Les dissociations des réactions pathologiques des L. C.-R. syphilitiques sont fréquentes.

Sur 200 L. C.-R. de syphilitiques chez qui la R. W. sanguine était positive et dont la plupart présentaient des signes cliniques dénotant l'atteinte du système nerveux : 157 fois (78,5 0/0) le liquide présentait les trois modifications suivantes : R. W. ++ hyperalbuminose, hyperlymphocytose.

37 fois, la R. W. étant positive, il y a eu dissociation des réactions pathologiques, soit 18,5 0/0, ce qui représente une proportion très appréciable.

2) On peut établir trois groupes des dissociations des réactions pathologiques du L. C.-R. syphilitique :

a) 1<sup>er</sup> groupe : R. W. +, hyperalbuminose, lymphocytose normale (7 o/o) ou très faible (8,5 o/o), en tout 31 obs., soit 15,5 o/o. Une telle modalité de dissociation peut être observée chez des sujets non traités (23 obs.), ou bien elle peut être due au traitement spécifique qui, dans les cas étudiés, agit tout d'abord et surtout en diminuant le nombre des cellules par millimètre cube.

Cette même dissociation a été observée dans 4 cas de P. G. (où par deux fois elle ne fut que temporaire), dans 3 cas de tabès, dans 5 cas de paraplégie où la dissociation était particulièrement marquée, le taux très élevé de l'albumine faisant contraste avec la lymphocytose normale. Enfin 3 observations rapportent cette même dissociation des réactions pathologiques du L. C.-R. chez des syphilitiques ne présentant pas le moindre signe clinique de syphilis du système nerveux.

b) Second groupe : R. W. +, albumine normale, hyperlymphocytose. 1 observ., soit 0,5 o/o. Au cours d'un ramollissement cortical, l'hyperalbuminose apparut un mois seulement après le début des accidents, à la 3<sup>e</sup> ponction.

c) Troisième groupe : R. W. +, albumine, globulines et lymphocytose normales. 4 observ., soit 2,5 o/o. Ces cas prouvent nettement que ni l'hyperalbuminose, ni l'hyperglobulinose ne sont nécessaires pour que la R. W. soit positive.

3) Au point de vue de l'absence de réactions cellulaires on doit réunir les groupes I et II : 36 observ., soit 18 o/o. La fréquence de cette « acytose » dans les cas traités ou non par les spécifiques de la syphilis, diminue donc la valeur diagnostique de ce symptôme humoral pris en lui-même.

4) L'absence de réaction cytologique et de l'hyperalbuminose ne dépend parfois ni de l'évolution de la maladie qui peut être rapide, ni de l'importance des lésions qui peuvent être considérables (P. G. et myélites p. e.).

---

## ATROPHIE CUTANÉE EN PLACARDS DISSÉMINÉS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par L. CHATELLIER, chef de Clinique

(Travail de la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de Toulouse : Prof. Ch. Audry).

Il y a des atrophies en stries (vergetures), en taches (maculeuses), en placards segmentaires (érythromélie).

De ces atrophies, l'immense majorité s'établit sur des ruines d'inflammations plus ou moins larvées. Ces inflammations sont naturellement de causes diverses. Cependant on aperçoit, qu'en Europe, la syphilis et la tuberculose s'en partagent peut-être la totalité, si, du moins, la lèpre ne peut être mise en cause.

L'observation que voici est exceptionnelle par la forme que la maladie a revêtu à son début :

R. F..., 20 ans, incorporé en avril 1920, et reconnu bon pour le service armé.

Envoyé dans un service de médecine en observation, le malade est dirigé sur le centre de Dermatologie, les lésions pulmonaires étant considérées comme éteintes.

On constate sur le thorax, l'abdomen et les flancs, de larges placards atrophiques, au nombre de 15 environ, de dimensions variables. Les plus petits sont larges comme une pièce de 2 francs en argent; d'autres, plus rares, sont d'un diamètre double ou triple. Ils sont tantôt ronds, tantôt ovalaires, tantôt allongés et étroits. Ces sortes de cicatrices sont déprimées, gaufrées sur les bords. Leur coloration est généralement blanchâtre, mais on note sur leur surface des taches colorées en brun ou d'une teinte violacée, disposées sans systématisation. Sur le fond, on voit courir de légères et fines arborisations vasculaires. Quelques placards sont pourvus d'un liseré pigmentaire brunâtre, d'un demi-millimètre.

La peau, à leur niveau, est lisse, fine, d'apparence atrophique. Aucune adhérence avec les plans profonds. Au toucher, certains éléments présentent une légère induration, et, quand ils sont étroits, on a la sensation que donnerait une chéloïde. On ne trouve pas de cicatrices sur le dos, ni sur les membres. La peau environnante est saine.



Entre les cicatrices, disséminées en peau normale, on aperçoit de nombreux éléments maculeux ou papuleux, d'un blanc nacré, ronds ou ovales. Les plus petites sont de la dimension d'une tête d'épingle. Le plus grand nombre sont du volume d'une lentille. On trouve, sur l'abdomen, quelques rares éléments de la dimension d'une pièce de 50 centimes, déprimés, à bords légèrement gaufrés, blancs, formant la transition entre les larges plaques déjà décrites et les petites lésions. Au niveau de celles-ci, la peau est lisse, blanche, atrophique, tantôt déprimée, tantôt, au contraire, surélevée en forme de petites papules chéloïdiennes.

Ces petites lésions prédominent surtout sur le thorax et l'abdomen, très rares sur le dos; aux cuisses et aux fesses, quelques éléments disséminés.

Rien sur les bras et les jambes.

Le malade nous raconte que huit ans auparavant il a vu apparaître une éruption généralisée au thorax et à l'abdomen, constituée par de petites papules blanchâtres, qui suppurent pour se cicatriser au bout d'une quinzaine de jours, laissant les lésions que nous constatons sous forme de petites macules et petites papules blanches.

Au bout de quelques mois, après une période d'accalmie, nouvelle poussée éruptive de tumeurs qui ont évolué progressivement vers le ramollissement et l'ulcération. Les lésions alors sont douloureuses, s'accompagnent d'un mauvais état général, avec amaigrissement et fièvre élevée. Pendant trois ans, ces ulcérations se recouvrent de croûtes, deviennent bourgeonnantes, enfin guérissent en laissant les larges cicatrices.

Depuis trois ans, tout est rentré dans l'ordre. Le malade, qui est cultivateur, accomplit régulièrement son travail à la ferme; sa santé demeure bonne, et à 20 ans, il est accepté par le conseil de révision et incorporé dans un régiment d'artillerie.

Dans ses antécédents on ne retrouve rien de saillant. Son père et sa mère, âgés de 60 ans, sont en excellente santé. Il a deux frères âgés de 34 et 27 ans, qui se portent très bien. Lui-même a bonne apparence physique. Il n'aurait eu qu'une scarlatine légère vers la onzième année.

Quand il entre dans le service, son état général est bon. On note pourtant de la température à 38-38°5 pendant une quinzaine de jours, sans aucune manifestation morbide: le malade ne tousse pas, n'a pas de sueurs nocturnes. Au cœur, rien à signaler. Les poumons présentent peu de signes stéthoscopiques: inspiration un peu rude et soufflante, avec submatité. L'examen des crachats fait à ce moment ne décèle pas de bacilles de Koch. L'examen radioscopique montre « un léger voile dans l'extrême sommet droit, s'éclairant à la toux » avec ombres légères au niveau des hiles.

Dans les urines albumine: 0,80 centigr. par litre, pas de sucre pas de pigments biliaires, des traces de nucléoalbumines; le sédiment urinaire renferme des leucocytes en assez grand nombre.

Les globules rouges et blancs sont normaux en nombre et qualité. La réaction de Wassermann est négative.

Le malade reste dans le service pendant un mois et demi, en attendant la réforme, sans aucun phénomène anormal.

L'état général reste excellent, sans fièvre. Vers le mois de juin, le malade a une hémoptysie, qui se répète pendant plusieurs jours. Il est alors évacué dans un service de médecine où l'on trouve des lésions évolutives aux deux sommets qui motivent sa réforme immédiate.

Une biopsie est faite portant sur le bord d'un des larges placards et sur une des petites papules nacrées.

Fixation au Müller-Formol. Toluène. Paraffine. Examen histologique.

1° *Macule atrophique*. — L'épiderme est partout aminci, réduit à 3-4 assises de cellules; les colonnes papillaires, rares et grêles, sont composées de 2-3 couches de cellules. La couche basale est normale, surchargée par places de pigment. La zone de Malpighi est très mince, les fibres unitives normales. La couche granuleuse manque par endroits ou bien est représentée par une couche ou deux de cellules.

La couche cornée est très mince, sans parakératose.

Le derme papillaire est formé de papilles mal dessinées, souvent et sur un long espace, la séparation entre l'épiderme et le derme suit une ligne horizontale ou faiblement ondulée. Les vaisseaux ne paraissent pas dilatés; l'endothélium est sain, les parois non épaissies; quelques cellules d'infiltration périvasculaire. Le tissu conjonctif semble normal et prend bien les colorants divers: fuchsine acide, noir naphтол β. Le tissu élastique, au contraire n'est plus représenté que par quelques fibrilles très ténues, très courtes, particulièrement raréfiées dans la région papillaire.

Dans le derme profond, glandes sudoripares et sébacées normales; poils follets normaux. Le tissu conjonctif est normal; le tissu élastique est moins altéré et plus dense. Autour des vaisseaux, manchons périvasculaires, témoignant d'une inflammation éteinte présentement.

2° *Placards*. — Les coupes d'une biopsie faite sur un des placards, montrent exactement les mêmes lésions que celles décrites ci-dessus.

En somme à voir le malade tel qu'il se présentait, on lui trouvait une quantité de placards et de taches atrophiques. Ici l'origine ulcéreuse et la nature tuberculeuse des lésions ne sont pas douteuses. Cependant, il est bien remarquable que tout stigmate histologique ait disparu. Cliniquement, histologiquement, il n'y a plus là qu'atrophie, atrophodermie (pour employer un mot de Thibierge).

De telles formes terminales sont déjà bien connues, comme succédant à des infiltrations éphémères, plus ou moins larvées (sillentes, comme dit Vignolo-Lutati), non ulcérées. Il est curieux qu'elles puissent succéder sous la même apparence à des processus érosifs (1).

---

(1) Pour la bibliographie. Cf. *Hauttuberkulose und Tuberkulide* de K. Zieger, 1914.

**RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN  
PASSAGÈREMENT POSITIVE ET OSCILLANTE  
AU COURS DE L'AFFECTION DITE  
LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE SUBAIGUE  
DES GANGLIONS DE L'AINE**

Par Paul RAVAUT et RABEAU

Par sa fréquence et sa persistance au cours de la syphilis, la réaction de Bordet-Wassermann est devenue l'un des éléments importants du diagnostic; mais si l'on ne veut pas risquer de commettre fréquemment des erreurs, il ne faut pas lui accorder une valeur rigoureusement absolue et qualifier de syphilitiques tous les individus ou les affections chez lesquels elle est positive. La réaction doit être étudiée et interprétée comme tout autre symptôme.

Les affections au cours desquelles elle peut être positive, les perturbations humorales pathologiques ou provoquées, susceptibles de donner au sérum la propriété de fixer le complément en présence d'un antigène employé pour la recherche de la syphilis, sont de plus en plus fréquentes. A cette liste déjà longue, l'on doit ajouter l'affection que le Prof. Nicolas et ses élèves ont désignée sous le nom de lymphogranulomatose subaiguë des ganglions de l'aîne. Au cours de l'année dernière nous en avons observé 23 cas; chez tous ces malades la réaction de Bordet-Wassermann a été recherchée à plusieurs reprises et chez trois d'entre eux nous avons observé une réaction nettement positive, mais passagère. L'un de nos malades a été suivi pendant un an et nous avons pu saisir la réapparition légère de la réaction au moment d'une nouvelle poussée inflammatoire. Il nous paraît intéressant et important de signaler ces faits car cette affection peut simuler la syphilis et si l'on pratique l'examen du sang au moment où la réaction est positive, l'erreur de diagnostic est presque fatale pour celui qui n'est pas prévenu.

Voici les trois observations; dans cette note nous laissons de côté ce qui a trait à la maladie elle-même et insistons plus spécialement sur les recherches sérologiques qui ont été pratiquées.

OBSERVATION I. — Al..., âgé de 61 ans, vient consulter le 14 février 1921 pour une adénopathie de l'aîne gauche datant de 15 jours. On constate en effet une grosse masse du volume d'un œuf de pigeon, dure non douloureuse, non inflammatoire ayant tous les caractères d'un ganglion hypertrophique. Au-dessus et en dehors un autre ganglion plus petit, du volume d'une noisette; du côté opposé, un petit ganglion dur.

Sur la verge nous trouvons une petite ulcération ronde, ayant 2 millimètres de diamètre comparable à une vésicule d'herpès ulcérée.

L'examen clinique ne montre aucun autre symptôme; pas de fièvre.

Le malade raconte que la petite ulcération de la verge et les ganglions sont apparus en même temps quelques jours après un coït.

Il ne s'agissait cliniquement ni de syphilis, ni de chancre mou. Le diagnostic de lymphogranulomatose est porté.

Le 1<sup>er</sup> mars, la lésion de la verge avait disparu spontanément; le ganglion avait augmenté de volume; il présentait à sa périphérie de l'infiltration du tissu cellulaire. La peau était rouge et devant la menace de suppuration le malade demande à être débarrassé rapidement.

Il est opéré le 4 mars. La masse totale du volume d'un œuf de poule est enlevée. A la coupe, on ne trouve plus trace du tissu ganglionnaire, mais un tissu dur, fibreux, formé de bandes blanchâtres anastomosées les unes aux autres, et limitant de petites cavités contenant un liquide séropurulent.

L'examen du pus sur lame montre une grande abondance de mononucléaires, mais pas de parasites.

L'examen à l'ultramicroscope ne révèle pas de parasites.

Des frottis furent imprégnés par la méthode de Fontana-Tribondeau, des fragments de tissus imprégnés à l'argent, et pas plus sur frottis que sur coupes on ne trouva de spirochètes.

Des recherches sérologiques et bactériologiques firent éliminer la peste. Il ne s'agissait pas non plus de chancre mou. Il ne fut pas possible de trouver de strepto-bacilles ni sur frottis ni sur coupes et une réinoculation au bras du pus contenu dans les ganglions fut négative.

Le bacille de Koch recherché ne fut pas observé.

Après un suintement abondant les premiers jours, la plaie opératoire est entièrement cicatrisée le 16 mars.

Le premier examen de sang fut fait à la fin de février. Les réactions de Hecht et de Wassermann étaient négatives.

Le 9 mars : réaction de Hecht et de Wassermann négatives.

La ponction lombaire donne un liquide non hypertendu, sans réaction cellulaire, sans réaction albumineuse (0,25) les réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal sont négatives.

Le 16 avril le malade revient nous voir : nous trouvons une cicatrice dure, fibreuse, de l'œdème du tissu cellulaire, de la douleur à la pression des tissus et de petits ganglions au niveau du cou et de chaque épitrochlée. Nous constatons que les réactions de Hecht et de Wassermann sont fortement positives. Ces résultats furent obtenus par nous à l'aide de plusieurs antigènes éprouvés ; la réaction fut trouvée de même fortement positive à l'Institut Pasteur.

A ce moment qui est éloigné de deux mois et demi du début de la maladie on ne constate aucun signe clinique de syphilis.

Malgré le résultat de ces réactions de fixation, le malade n'est pas traité et reste en observation.

Le 11 mai, un nouvel examen du sang nous donne une réaction de Hecht positive, avec un Wassermann négatif. L'état du malade est très bon ; aucun signe de syphilis. La cicatrice inguinale adhérente ne gêne pas le malade et paraît moins irritée que le mois précédent.

Le 8 juin. Les réactions de Hecht et de Wassermann sont entièrement négatives.

Le 17 septembre. Aucun traitement n'a été fait. Aucun signe clinique cutané muqueux ou nerveux n'a été observé. Le Hecht et le Wassermann sont négatifs.

Le 24 octobre 1921, le malade vint nous consulter de nouveau pour un œdème inflammatoire de la moitié gauche du scrotum : à l'occasion d'un coup de froid, il a présenté une réaction fébrile et des douleurs dans la région opérée, au niveau du scrotum ; dans l'aîne droite réapparition de petits ganglions qui sont sensibles et gros comme une noisette. L'examen du sang pratiqué le 28 octobre montre que le Hecht est faiblement positif ; le Bordet-Wassermann est négatif.

Le 18 novembre, Hecht presque négatif. Wassermann négatif. Au niveau des aînes les ganglions ont disparu et l'on ne sent qu'un petit ganglion à l'épitrôchlée droite.

Le 15 janvier 1922 nous revoyons le malade qui est en excellente santé et sans qu'il ait pris le moindre médicament, l'on constate que les réactions de Hecht et de Wassermann sont complètement négatives.

OBSERVATION II. — F..., Marcelle, 21 ans. Le 26 octobre 1921, la malade vient consulter au dispensaire Fracastor pour une adénopathie de l'aîne droite et des douleurs dans l'aîne gauche. Pas de syphilis connue. A ce moment on constate une grosse adénopathie double de l'aîne droite, très douloureuse, empêchant la marche, s'accompagnant de péri-adénite. Les deux tumeurs de l'aîne se touchent et ont le volume d'un gros œuf.

Dans l'aîne gauche adénopathie de la grosseur d'une noisette

L'examen montre au niveau de la fourchette une ulcération arrondie de dimension un peu plus faible qu'une pièce de 50 centimes. Cette ulcération n'est ni creuse, ni indurée. Deux repiquages sont faits au niveau du bras, et restent négatifs. Il ne s'agit donc pas de chancre mou.

Le ganglion est ponctionné et on ne trouve pas de spirochète dans le suc ganglionnaire. L'examen à l'ultra-microscope de l'exsudat de l'ulcération n'en montre pas non plus.

En présence de ces résultats : absence de spirochète et de bacille de Ducrey, le diagnostic de lymphogranulomatose inguinal est porté.

L'ulcération de la fourchette cicatrise rapidement sans traitement. Le 9 novembre, l'ulcération est cicatrisée. Les ganglions ont conservé le même volume.

La réaction de Hecht et de Wassermann sont légèrement positives.

Les 9, 10, 11, 12 novembre, on fait une injection intraveineuse de 4 et 5 centimètres cubes de solution de Lugol.

Le 14 on injecte seulement 2 centimètres cubes  $1/2$ , les veines présentent une induration au niveau des injections. Le traitement est continué par voie buccale.

Le 17 novembre, les réactions de Hecht et de Wassermann sont négatives. A ce moment on ne constate au point où siégeait l'ulcération qu'une cicatrice absolument banale de la muqueuse.

Le 20 novembre 1921, diminution nette de la péri-adénite et du volume des ganglions qui ne sont plus douloureux. La malade prend deux cuillerées à bouche de liquide de Lugol.

La malade ne souffre plus, marche et sort.

#### OBSERVATION III. — Suzanne B. . . , 21 ans, domestique.

La malade entre à l'hôpital Broca le 12 décembre 1921 pour une tuméfaction bilatérale de l'aine dont le début remonte aux premiers jours de décembre. Son attention fut attirée par une sensation de lourdeur et de pesanteur au niveau des aines ; en même temps, elle se sentait très fatiguée et avait la sensation de poussées fébriles vespérales.

L'examen de la malade montre au niveau de la fourchette une petite ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elle est plane, irrégulière, les bords ne sont pas saillants et donne l'impression d'une ulcération banale, lisse, sans excavation ni induration ; la malade ne s'en était pas aperçue et ignorait son existence.

L'adénopathie est bilatérale mais surtout marquée à droite : de ce côté elle atteint le volume d'un petit œuf, allongé dans le sens de l'arcade crurale, mobile sur les plans profonds, sans adhérence à la peau, de consistance ferme, mais élastique. Du côté gauche, un ganglion du volume d'une noix.

La température atteint  $38^{\circ},5$ .

La recherche des spirochètes dans l'ulcération est négative.



Deux injections faites aux bras avec le frottis de l'ulcération vulvaire sont négatives.

La ponction du ganglion est pratiquée : l'on ne retire que du suc ganglionnaire sans pus et l'examen à l'ultra-microscope montre qu'il n'y a pas de spirochètes.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée le 17 décembre est faiblement positive. Malgré cette réaction, le diagnostic de lymphogranulomatose des ganglions de l'aine est porté.

Sous l'influence du liquide de Lugol donné par voie veineuse et par la bouche, les ganglions rétrocedent régulièrement et le 25 janvier 1921, ils ont complètement disparu. Il ne reste depuis longtemps plus trace de l'ulcération vulvaire.

Les réactions de Bordet-Wassermann pratiquées à différentes reprises ont donné les résultats suivants :

17 décembre 1921 : positive faible ;

22 décembre 1921 : négative ;

10 janvier 1922 : très légèrement positive ; à ce moment la malade présentait une légère réaction fébrile à 38° ;

18 janvier 1922 : négative ;

25 janvier 1922 : négative.

Depuis le 12 décembre 1921 jusqu'au 28 janvier 1922, jour de sa sortie de l'hôpital, la malade a été régulièrement suivie sans que l'on observe chez elle le moindre signe de syphilis.

En résumé, sur 23 malades pour lesquels le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale subaiguë a pu être porté, nous avons trouvé trois fois des réactions de Bordet-Wassermann d'intensité variable, mais suffisantes pour orienter le diagnostic vers la syphilis.

Dans l'observation I après avoir été positive deux mois et demi après le début de l'affection, elle devient spontanément négative, sans aucun traitement, ainsi que le montrent les trois épreuves faites 4, 5 et 8 mois après le début ; ces réactions ont été faites simultanément dans notre laboratoire et à l'Institut Pasteur et ont donné des résultats identiques. Puis 9 mois après, sous l'influence d'une nouvelle poussée de la maladie, la réaction de Hecht redevient faiblement positive, diminue encore d'intensité le mois suivant, redevient complètement négative aux autres épreuves faites 10 et 12 mois après le début.

Dans l'observation II l'évolution est plus simple ; les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont légèrement positives au début de la maladie, puis redeviennent négatives sans que la malade ait suivi aucun traitement antisiphilitique ; en même

temps les lésions ganglionnaires s'améliorent rapidement et disparaissent.

Dans l'observation III mêmes résultats ; signalons cependant que, comme dans l'observation I, la réaction après avoir été négative redevient très légèrement positive à l'occasion d'une poussée fébrile.

Le but que nous poursuivons en publiant ces observations n'est pas de décrire des cas de lymphogranulomatose et de soutenir notre diagnostic, mais de montrer qu'au cours de cette affection, alors que rien ne permet d'incriminer la syphilis, la réaction de Bordet-Wassermann peut se montrer positive. Ce fait est relativement rare, puisque sur 23 malades étudiés complètement, nous ne l'avons constaté que trois fois.

Si chez nos malades, l'observation clinique, les recherches négatives du spirochète nous ont permis d'éliminer la syphilis, nous ajouterons que, par son évolution, cette réaction de fixation, nous a inspiré une certaine méfiance. En effet, alors que dans la syphilis la réaction de Bordet-Wassermann reste positive pendant un temps plus ou moins long et présente une constance parfois désespérante, dans les affections qui la provoquent, sans que l'on puisse incriminer la syphilis, elle est au contraire généralement passagère, éphémère, disparaît spontanément sans aucun traitement antisyphilitique, et peut osciller sous différentes influences. Bien plus les humeurs de ces malades conservent cette propriété spéciale de fixer le complément plus facilement que d'autres puisqu'à l'occasion de retours de la maladie, ou de poussées fébriles, l'on peut saisir la réapparition temporaire de la réaction de fixation comme le montrent nos observations I et III.

Ces faits confirment une fois de plus l'opinion que nous soutenons depuis longtemps, d'accord avec le Prof. Nicolas, c'est que lorsqu'une réaction est en contradiction avec la clinique, il est nécessaire de la répéter au bout de quelques semaines. Ainsi seront séparées les réactions persistantes et durables de la syphilis, des réactions passagères éphémères qui peuvent être provoquées, chez certains malades par diverses affections.

Les observations de nos malades confirment une fois de plus les dangers que peuvent présenter des techniques ou des antigènes trop sensibles. Si leur emploi augmente la sensibilité de la réaction, il augmente aussi les causes d'erreur ; s'il ne s'agis-

sait que de syphilitiques ce serait parfait, mais la spécificité n'augmentant pas avec la sensibilité, il en résulte que le nombre de réactions constatées en dehors de la syphilis sera d'autant plus grand que les techniques ou les antigènes seront plus sensibles. En ce qui concerne la technique il suffit de voir que dans nos observations, la réaction de Hecht s'est montrée plus souvent positive, et à tort, que la réaction de Bordet-Wassermann classique. De même en ce qui concerne l'antigène, nous lisons récemment dans une observation de lymphogranulomatose publiée par M. Bory (1) que la réaction de Bordet-Wassermann négative avec toutes les techniques employées s'est montrée fortement positive avec l'antigène Desmoulin à base de cholestérine.

Des faits analogues ont été déjà souvent signalés, mais il nous paraît nécessaire d'y revenir encore une fois puisqu'ils constituent des faits nouveaux dans l'étude de cette affection, encore peu étudiée, que représente la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

*Conclusions* : 1° Il est possible au cours de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë de voir une réaction de fixation positive. Nous l'avons observée 3 fois sur 23 cas. Cette réaction est passagère, elle disparaît spontanément et peut reparaitre à l'occasion d'un retour sur la maladie ;

2° La réaction de Bordet-Wassermann positive ne suffit pas à elle seule, en présence d'une adénopathie inguinale à faire porter le diagnostic de syphilis ;

3° Dans ces cas les réactions de fixation ont des caractères très particuliers. Elles sont épisodiques, elles augmentent au moment des poussées. Pratiquées en série, on constate qu'elles diminuent, puis disparaissent seules sans aucun traitement. Elles s'opposent par conséquent très nettement aux réactions de fixation dans la syphilis : celles-ci sont durables, toujours positives en série, elles augmentent en général d'intensité si le malade n'est pas traité. Elles ne disparaissent pas spontanément ;

4° Ces réactions trompeuses seront d'autant plus fréquentes que la technique ou l'antigène employés seront plus sensibles.

---

(1) La lymphogranulomatose inguinale. *Progrès Médical*, n° 49, 3 décembre 1921.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### Acné.

Un cas d'acné traité par le massage et la gymnastique faciale, par JOURDANET. *Lyon Médical*, 10 février 1921, p. 129.

Jeune fille de 15 ans présentant une acné intense de la face, la défigurant véritablement. On institue du massage et de la gymnastique faciale matin et soir et l'on évacue au thermo les petits abcès superficiels.

Au bout d'un mois, amélioration. Au bout de trois mois, véritable transformation sans l'emploi d'aucune médication.

Jean LACASSAGNE.

### Adénome sébacé.

Sur le soi-disant adénome sébacé de Balzer (Sul cosiddetto Adénoma sebaceo del Balzer), par A. PASINI. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 349.

Cinq observations recueillies dans une même famille, dont deux sont suivies d'examen histologique.

Revenant sur les observations publiées par Balzer et ses collaborateurs, P. fait remarquer que le nom d'adénome a été donné à des lésions consistant en une néo-formation épithéliomateuse de forme lobulaire, issue des follicules et des glandes sébacées sans qu'il soit question ni de prolifération ni d'augmentation de ces dernières. La bénignité de l'affection a fait reculer les auteurs devant le mot d'*epithelioma*. Il n'y a plus à avoir cette crainte, si on donne à ce terme un sens plus large, d'où soit exclue l'idée de malignité. P. propose le nom de naevo-épithéliome kystique.

PELLIER.

### Antianaphylaxie.

Médication anti-sérique par le carbonate de soude intraveineux, par MM. SICARD et PARAF. *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux*. Séance du 18 février 1921.

Dans le but de prévenir et d'éviter les accidents sériques consécutifs à l'emploi de sérums thérapeutique, MM. S. et P. ont employé le carbonate de soude pur cristallisé en solution à 2,5 pour 100 d'eau distillée. Ils injectent 1 gr. de carbonate de soude soit 40 cm<sup>3</sup> de la solution dans les veines, puis le sérum par voie intraveineuse, si le cas est urgent, par voie sous-cutanée ou intramusculaire dans les autres. A chaque nouvelle injection ils adjoignent la même quantité de carbonate de soude. Par prudence la cure sodique est continuée 2 à 3 jours après l'interruption sérothérapique.

H. RABEAU.

**Autosérothérapie.**

**L'autosérothérapie intégrale des microbioses humaines** (La autoseroterapia integral de las microbiosis humanas), par E. ESCOMEL. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, t. V, fasc. 11, 12, 13 et 14, p. 604.

Ce travail sort quelque peu des sujets traités par les A. Il convient cependant d'y relever la curieuse observation d'un brillant résultat de l'autosérothérapie. Il s'agit d'un homme de 68 ans atteint de syphilis secondaire, avec prostration, douleurs articulaires. Les douleurs disparurent vingt-quatre heures après une injection de 10 cc. d'auto-sérum. L'état général s'était amélioré; les lésions syphilitiques étaient devenues inappréciables une semaine après l'injection.

PELLIER.

**Brûlures.**

**Contribution à l'étude du traitement des brûlures par la paraffine.**

Contribucion al estudio de la parafinacion de las quemaduras, par M. CUITO. *Semana Medica* (Buenos-Aires), n° 31, 1920.

Le traitement par la paraffine ne met pas à l'abri des cicatrices chéloïdiennes.

PELLIER.

**Echyma.**

**L'echyma vacciniforme syphiloïde infantile**, par MM. PETGES et Ch. ROCAZ. *Paris Médical*, 5 mars 1921.

Ayant eu l'occasion d'observer une petite épidémie de 11 cas d'echyma vacciniforme syphiloïde infantile P. et R. précisent l'aspect clinique de cette affection rare. Leurs recherches bactériologiques ne leur ont pas permis d'en déterminer l'agent spécifique. Ils insistent sur les caractères différentiels avec la vaccine et la syphilis, ainsi qu'avec l'érythème papuleux fessier post-érosif, et l'echyma térébrant.

H. RABEAU.

**Électrolyse.**

**L'électrolyse en dermatothérapie**, par M. L. BROcq. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 avril 1921.

Après une période de vogue l'électrolyse a été de moins en moins employée par les dermatologistes. B. estime au contraire que ce procédé peut rendre de très grands services dans la pratique courante. C'est une méthode thérapeutique commode, facile à appliquer, peu coûteuse. Elle est d'une efficacité réelle, d'une admirable précision; de plus elle est dépourvue de tout aléa, de toute surprise.

B. expose tout d'abord les principes de la méthode, et décrit le manuel opératoire. Puis il passe en revue les nombreuses indications de l'électrolyse en dermatothérapie. On trouvera là le résumé des études publiées à ce sujet par B. dans son *Traitement des dermatoses*

par la petite chirurgie et les agents physiques, Paris 1898, et aussi dans son *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, Paris 1907. Nous signalerons pourtant le traitement des tout petits épithéliomas perlés de la peau au début par l'électrolyse négative.

RABEAU.

### **Eruption artificielle.**

Sur quelques cas d'actinodermite survenus chez des militaires de la troisième armée employés aux appareils photoélectriques (Sopra alcuni casi di actinodermite verificatisi tra militari della terza armata addetti ad apparecchi fotoelettrici), par A. MIBELLI, août 1920, p. 438.

Dans un groupement d'artillerie de siège se produisit soudain une affection cutanée, paraissant d'allure épidémique. M. fut chargé de faire une enquête sur cette maladie surprenante et constata que les malades en question étaient affectés au maniement des projecteurs Sperry, appareils beaucoup plus puissants que les modèles antérieurs mis en usage un mois avant l'apparition des lésions. Celles-ci étaient constituées par un érythème vésiculeux en plaques siégeant sur les parties découvertes et nettement limitées; en quelques points les éléments affectaient une forme linéaire. Les soldats chargés du maniement de cet appareil négligeaient certaines précautions (fermeture de volets) et subissaient de ce fait des expositions fréquentes à une lumière variant de 50.000 à 60.000 bougies.

PELLIER.

### **Erythème nouveau.**

Erythème nouveau et tuberculose (*Erythema nodosum and tuberculosis*), par STOKES. *Archives of Dermat. and Syphil.*, janv. 1921, p. 29.

Il s'agit d'un cas d'érythème nouveau accompagné de douleurs rhumatoïdes, évoluant chez une jeune fille de 19 ans, bien portante jusque-là, mais venant de perdre sa sœur de tuberculose. Une méningite tuberculeuse se déclare chez elle pendant son séjour à l'hôpital et elle meurt 22 jours après le début de l'érythème nouveau.

L'autopsie révèle l'existence d'une granulie. Les lésions les plus anciennes paraissent devoir dater d'environ quatre semaines.

L'apparition de l'érythème nouveau aurait donc coïncidé avec la généralisation de la tuberculose.

S. FERNET.

### **Gale.**

Etudes sur l'albuminurie et l'éosinophilie de la gale (*Studies on albuminuria and eosinophilia in scabies*), par HAYMAN et FAY. *Arch. of dermat. and Syphilology*, janv. 1921, p. 32.

De l'examen de 49 malades atteints de gale, il résulte qu'on observe l'albuminurie dans 17 0/0 des cas de gale non traitée et dans 20,4 0/0 des cas de gale traitée. L'albuminurie s'observe uniquement dans les gales généralisées; elle n'est liée à aucun aspect particulier de l'éruption.



tion, ni au degré de suppuration. — L'albuminurie de la gale n'est pas consécutive aux infections secondaires et aux suppurations car celles-ci sont quelquefois absentes. Dans un certain nombre de cas elle est consécutive aux applications thérapeutiques irritantes ou à une néphrite préexistante. Il est plus difficile d'établir la pathogénie de l'albuminurie lorsqu'elle n'existe que d'une façon passagère au cours d'une gale non traitée chez des sujets sains. Il semble qu'elle est due alors à une hyperémie réflexe des reins liée à l'irritation des terminaisons nerveuses cutanées, de même qu'elle peut être observée dans d'autres affections caractérisées par des troubles vasomoteurs : maladie de Raynaud, œdème angio neurotique, pemphigus, etc.

La gale s'accompagne d'une légère éosinophilie dont le degré est proportionnel à l'étendue de l'éruption.

S. FERNET.

### ***Hydroa vacciniforme.***

**Un cas d'hydroa vacciniforme de Bazin**, par MM. NICOLAS, GATÉ ET PILLON, *Lyon Médical*, 25 juin 1921.

Jeune homme de 15 ans, cultivateur, qui depuis l'âge de cinq ans présente tous les étés sur le visage et le dos des mains une éruption vésico-bulleuse typique. Nombreuses cicatrices. Pas de lésions buccales. Ce cas ne fournit aucun renseignement sur la pathogénie possible de cette affection. Pas d'antécédents familiaux. Pas d'hématoporphyrinurie.

JEAN LACASSAGNE.

### ***Ichtyose.***

**Trois cas d'ichtyose folliculaire** (Three cases of ichthyosis follicularis), par MANSON. *The British Journ. of Dermat.*, janvier 1921, p. 20.

Chez trois enfants de la même famille, âgés respectivement de 16, 8 et 6 ans, M. a observé une affection rare du cuir chevelu datant de la première enfance. A son début, l'affection était caractérisée par la rareté, la finesse et la sécheresse des cheveux, la rougeur et la rudesse du cuir chevelu. L'alopecie était surtout marquée aux tempes et dans la région occipitale. Dans ces régions le cuir chevelu était rouge bistre et rude au toucher à cause de la saillie des follicules pileux ; entre les follicules et les papules cornées existaient des petites cicatrices planes, blanches, à peine visibles ; à leur niveau les cheveux manquaient. Le reste du cuir chevelu était pâle, lisse, parsemé de petites cicatrices. La peau de toute la surface du corps ne présentait rien d'anormal ; un seul des enfants avait des sourcils rares et courts.

Ces trois cas voisins de ceux décrits par Mac Leod sous le nom de : « Ichtyose folliculaire avec alopecie » s'en distinguent par l'absence d'ichtyose généralisée. La kératose pileuse peut atteindre le cuir chevelu mais s'accompagne de lésions similaires des membres et de la face. Il se peut qu'il s'agisse là de l'ulérythème ophryogène de Taenzer.

S. FERNET.



### **Injectons de corps gras.**

**Diagnostic des tumeurs consécutives aux injections d'huile camphrée,** par Louis MICHON. *Lyon Médical*, 25 mars 1921, p. 267.

Le diagnostic de vasinome au début ne peut être donné avec certitude que par l'examen histochimique. Il y a donc intérêt à fixer les fragments prélevés dans un fixateur ne dissolvant pas les graisses (formol salé à 10 p. 100) l'ablation s'impose.

Jean LACASSAGNE.

**Les injections cosmétiques de paraffine** (Le iniezioni cosmetiche di paraffina), par F. FASANI-VOLARELLI. *Communication à l'Accademia dei Fisiocritici*, Sienne, 1920.

La paraffine injectée à froid ne provoque ni inconvénients ni dangers. F. n'observe, sur les animaux d'expérience, ni sphacèle ni élimination spontanée. Le système ganglionnaire n'est nullement altéré par l'injection de paraffines colorées au scharlach-rot ou au Sudan III.

Autour de la masse injectée, s'observe un intense travail hyperplasique suivi d'une organisation conjonctive. F. n'a pas observé à l'intérieur de la paraffine injectée la formation de travées conjonctives. Il n'a point constaté de signes de phagocytose.

PELLIER.

### **Lèpre.**

**La diffusion de la lèpre en Sardaigne et la première expérience de la lutte contre la lèpre tentée en Italie** (La diffusione della lebbra in Sardegna ed il primo esperimento di lotta antilebbrosa eseguito in Italia), par F. RADAELI. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 319.

R. a eu connaissance de 67 cas de lèpre en Sardaigne.

Il a obtenu du gouvernement italien la construction d'un service spécial annexé à la Clinique de l'Université de Cagliari. On y a reçu en 4 ans 44 cas de lèpre, sans qu'il ait été besoin de mesures de coercition. En dehors de l'huile de Chaulmoogra et de ses dérivés (antileprol, antilebbre, collobiase), R. a pu expérimenter et d'ailleurs sans succès le cyanom cuprol de Koga. Il préconise la création en Italie de quatre ou cinq sanatoriums analogues.

PELLIER.

**La lèpre en Ligurie** (La Lebbra in Liguria), par M. TRUFFI. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 328.

Tout comme nos Alpes-Maritimes la Ligurie possède encore quelques foyers de lèpre autochtone, et bien avant la réunion de Nice à la France, Charles Albert s'était préoccupé de cette question.

T. a relevé dans cette province 35 cas. On en rencontre également dans l'Italie du Sud, en Sicile et en Sardaigne. T. pense que la meil-

leure prophylaxie serait réalisée par la création de trois colonies agricoles (Ligurie, Sicile et Sardaigne).

PELLIER.

### **Liquide céphalo-rachidien.**

**Rachichlorurimètre du médecin praticien**, par MM. PRINGAULT et BERTHON.  
*Comptes rendus de la Société de biologie, Marseille, 15 février 1921.*

Cet appareil pratique est basé sur la précipitation de l'argent à l'état de chlorure d'argent dans deux tubes : l'un portant une échelle graduée empiriquement, l'autre servant à comparer l'opacité. La hauteur du liquide après obtention d'une opacité égale exprime en poids la dose des chlorures par litre de liquide céphalo-rachidien. On opérera sur un liquide préalablement centrifugé ; s'il contient beaucoup d'albumine elle sera précipitée par l'acide trichloracétique, et on se servira du filtrat.

H. RABEAU.

### **Leishmaniose.**

**Un cas de bouton d'Orient** (Case of Delhi Boil), par CASTELLANI. *Proceedings of the Royal Soc. of medicine* (section de dermat.), janv. 1921, p. 1.

Le cas de bouton d'Orient présenté par C. présente deux particularités : 1° un aspect clinique atypique : ulcère central entouré de papules et de nodules ; toutes ces lésions contenant des *Leishmanias*.

2° Le malade porteur du bouton présente nettement des signes d'infection générale : fièvre, hépatite douloureuse, hypertrophie splénique.

Ce cas n'est pas le premier observé par C. et il y a lieu d'admettre que le bouton d'Orient n'est pas une Leishmaniose purement locale, mais qu'il détermine une réaction générale.

S. FERNET.

### **Lympho-granulome cutané.**

**Lympho-granulomatose de la peau dans la maladie de Hodgkin** (Lympho-granulomatosis of the skin in Hodgkin's disease), par HOWARD FOX.  
*Arch. of Dermat. and syph.*, 1920, p. 578.

Les manifestations cutanées de la maladie de Hodgkin peuvent être divisées en deux groupes. Dans le premier rentrent toutes les éruptions non caractéristiques : urticaire, prurigo, éruption bulleuse, dermatite exfoliante. Le second est constitué par des infiltrations simultanées des tumeurs et ayant une structure spéciale, analogue à celle des ganglions dans la leucémie lymphoïde.

L'auteur cite un cas de maladie de Hodgkin, évoluant chez un homme de 30 ans, et s'accompagnant de ces infiltrations particulières. Les lésions cutanées étaient limitées à la tête. Elles consistaient en infiltrations diffuses, indolores siégeant dans la peau et le tissu sous-cutané. L'examen histologique montra une structure analogue à celle du mycosis, consistant en une infiltration abondante de petites cellules

ressemblant à des lymphocytes et groupées en masses très serrées autour des vaisseaux. Il y avait quelques cellules épithélioïdes et un grand nombre de figures karyokinétiques. Il n'y avait ni plasmazellen, ni cellules géantes. Le diagnostic clinique fut établi sur l'hypertrophie ganglionnaire et splénique, l'anémie (avec formule leucocytaire normale), les accès fébriles, l'asthénie et la dyspnée.

S. FERNET.

### ***Molluscum contagiosum.***

Contribution à l'étude du *Strongyloplasma hominis* de Lipschütz (Contributo allo studio dello *Strongyloplasma hominis* di Lipschütz), par A. FONTANA. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 409.

Le parasite du *molluscum contagiosum* décrit par Lipschütz, se colore par les méthodes de Giemsa, de Pappenheim, et dans les frottis par la coloration de Loeffler pour les cils. Les colorants usuels ne donnent à peu près aucun résultat. On obtient de bonnes colorations du frottis par la méthode au nitrate d'argent ammoniacal (Fontana, Tribondeau).

Les parasites se présentent sous forme de corpuscules, ressemblant à des cocci, généralement isolés, parfois accouplés ou rattachés l'un à l'autre par un très mince filament.

Si on fait suivre l'imprégnation argentique d'une coloration à la thionine phéniquée, on met particulièrement en évidence les spirochètes réfringents, dont Kreibich avait constaté la présence dans le *molluscum* des parties génitales.

F. a pu également dans des éléments voisins de plaques muqueuses rencontrer des *Sp. pallida* typiques, et il rapproche ce fait de la même trouvaille faite par Majocchi dans les végétations.

PELLIER.

### ***Morve.***

Un cas de morve humaine (A case of human glanders), par JACOB. *The British Journ. of Dermat.*, février 1921, p. 39.

Etude très complète d'un cas mortel de morve chez un homme de 31 ans. Description clinique avec belles figures, étude histologique des lésions cutanées et viscérales, autopsie. Dans les lésions cutanées et dans quelques viscères on a trouvé un bacille ne prenant pas le Gram et des cocci prenant le Gram.

S. FERNET.

### ***Myase.***

Myase dans un cas de favus sans godets (Myasis in Favus si ne Favis), par M. CARUCCIO. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 403.

On peut distinguer deux types de parasitisme cutané par larves de mouches; parasitisme nécessaire, par exemple pour l'*Hypoderma*

*bovis*, et parasitisme facultatif pour les mouches qui déposent habituellement leurs œufs sur les matières en décomposition et ne se rencontrant dans la peau humaine qu'en des cas exceptionnels.

Dans le cas de C. il semble que l'infection cutanée surajoutée au favus ait attiré les mouches par son odeur.

Le malade était un petit berger des Abruzzes, qui atteint depuis longtemps de lésions croûteuses du cuir chevelu avait, au cours de travaux des champs, pris l'habitude de faire la sieste sur le sol, la tête découverte.

Au milieu de lésions inflammatoires, de croûtes agglutinant des cheveux d'aspect poudreux, on observait quatre saillies hémisphériques, de la grosseur d'une noix, présentant une ouverture cratéri-forme par laquelle ont pu faire sourdre au milieu d'un exsudat purulent une trentaine de larves de *Sarcophaga affinis*.

PELLIER.

**De la myase rampante** (On Creeping disease), par TAMIRA (de Nagoya, Japon). *The British Journ. of Dermat.*, mars 1921, p. 82 et avril 1921, p. 138.

T. a observé un cas unique jusqu'à l'heure actuelle de myase rampante due à la larve de *Gnathostoma siamense*. A l'occasion de cette observation, il cite tous les cas de myase cutanée publiés antérieurement (environ 50) dont 9 seulement ont été biopsiés et dont l'agent était soit la larve d'*Hypoderma bovis*, soit celle d'un *Gastrophilus*.

S. FERNET.

### **Mycose cutanée.**

**Etude bactériologique d'une infection de la peau par l'Endomyces albicans** (Cultural studies on an infection of the skin by endomyces albicans), par TAUNER et FENER. *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1920, t. 38, p. 365.

Le champignon qui a été isolé dans ce cas paraissait être identique à l'*Endomyces albicans* ou *bidium albicans* de Robin. Il donnait sur gélose glucosée des cultures jaunes à centre surélevé et à bords aplatis et présentant des striations radiées partant du centre vers la périphérie. Les lésions provoquées par ce champignon étaient analogues aux staphylococcies : petites pustules débutant à l'extrémité des doigts près de la matrice des ongles, s'étendant rapidement sur tous les doigts et les couvrant d'une multitude d'abcès miliaires laissant sourdre un pus jaune, épais,

S. FERNET.

**Contribution à l'étude des dermato-mycoses de Parà** (Contribuição para o estudo das dermato-mycoses de Parà), par J. ABEN-ATHAR, *Parà-Médico* (Brésil), février 1920, p. 175.

Les mycoses des parties glabres observées à Parà sont toutes dues au *Tr. rosaceum*, parasite qui atteint très rarement les phanères mais

donne des lésions tégumentaires de très grandes dimensions soit couvertes de petites vesico-pustules, soit simplement erythemato-squameuses, et qui sont le siège d'un prurit intense. Il semble donc que le *Tr. rosarum* ait en ce pays, un pouvoir pathogène différent de ce qui a été observé en Europe où les lésions semblent plus torpides.

A. décrit ensuite un nouveau microsporon. *M. pulverulentum* donnant une culture sèche de couleur ocre.

PELLIER.

### **Pelade.**

**Pelade.** Note sur l'estimation du rôle pathogénique des amygdales (*Alopecia areata*. With a note on the estimation of the pathogenicity of the Tonsil), par BARBER et ZAMORA. *The British. Journ. of Dermat.*, janv. 1921, p. 1.

Dans la pelade, B. attribue un rôle pathogénique important aux infections de la bouche, du naso-pharynx et des sinus. Il a constaté l'inflammation des amygdales avec sans végétations adénoïdes dans 62 o/o des cas de pelade, des états septiques de la bouche dans 5 o/o des cas, des infections amygdaliennes et buccales simultanées dans 25 o/o des cas, des otites chroniques avec naso-pharyngite dans 2 o/o des cas, du catarrhe naso-pharyngien dans 4 o/o. L'agent pathogène le plus fréquemment rencontré était le streptocoque pyogène long; à côté de lui on trouvait le micrococcus catarrhalis, les staphylocoques doré et blanc, le pneumocoque. Le rôle pathogénique de ces infections paraît être démontré par une série d'observations citées par B. et Z. dans lesquelles l'ablation des amygdales ou des dents cariées, l'antisepsie de la bouche et du naso-pharynx suivies d'injections d'autovaccin étaient suivies de la guérison rapide de la pelade.

S. FERNET.

### **Pian.**

**Etude d'un cas de Pian contracté en France par un soldat américain** (A study of a case of Yaws (*Framboesia tropica*) contracted by an american soldier in France), par SCHAMBERG et KLAUDER. *Arch. of Dermat.*, janv. 1921, p. 49.

Etude clinique et bactériologique très complète d'un cas typique de Pian contracté en France. Les lésions ont apparu d'abord aux paumes des mains et aux plantes des pieds, puis aux avant-bras, au cuir chevelu, etc. L'adénopathie était généralisée. Les lésions étaient verruqueuses et papillomateuses et présentaient une certaine analogie avec celles de la blastomycose.

La réaction de Wassermann était fortement positive et s'est maintenue telle après la guérison des lésions cutanées (Arsénobenzol). Cette persistance de la réaction positive suggère l'hypothèse que le Pian, comme la Syphilis, peut persister à l'état latent. Il serait donc indiqué, comme l'a déjà dit Castellani, de continuer pendant longtemps un traitement d'entretien.

Des paragraphes importants sont consacrés à la morphologie du *Spirochaete pertenuis*, aux méthodes de coloration permettant de le différencier des autres spirochètes, à son inoculation.

S. FERNET.

### **Pigmentation.**

**Pigmentation physiologique des muqueuses**, par L. M. BONNET et RICHARD. *Lyon Médical*, 25 mars 1921, p. 256.

Les auteurs signalent que chez deux malades vus, l'un il y a 12 ans, l'autre il y a 13 ans, la pigmentation de la muqueuse buccale est restée invariable, et d'autre part aucun symptôme de maladie d'Addison n'est apparu. Cela confirme la nature purement d'ordre physiologique de cet état.

Jean LACASSAGNE.

### **Radiothérapie.**

**Les grandes indications de la radiothérapie en dermatologie** par le Dr NATHAN. *Journal Médical français*, mars 1921, p. 109.

La radiothérapie dans les dermatoses a vu son application se réduire considérablement. Mais comme le dit Brocq, « si les applications thérapeutiques de la radiothérapie doivent être restreintes et précisées, elle mérite quand même d'occuper une grande place en dermatothérapie ». N. en montre les indications, les techniques mixtes, radio-chirurgicales, les doses et les résultats. Elle constitue un précieux adjuvant en dermatologie.

H. RABEAU.

### **Radiumthérapie.**

**Note préliminaire sur l'épilation par le radium appliquée au traitement des teigneux** (Sulla depilazione col radium applicata alla cura dei tignosi. Nota preventiva), par L. MAZZONI et V. PALUMBO.

L'épilation par le radium est complète en quinze jours environ après l'application. L'extrémité radiculaire des cheveux est effilée, atrophique, en point d'exclamation. La repousse débute de vingt-cinq à trente jours après l'épilation; la chevelure reprend en tous points ses caractères antérieurs. M. et P. ont employé pour fixer les appareils radifères une calotte en gaze amidonnée, grâce à laquelle il est facile de délimiter les zones d'application et d'éviter ainsi les effets de superposition.

PELLIER.

---

Le Gérant : F. AMIRAULT.

---

